Revista de ciencias psicológicas y neurológicas

VOL. IV No. 2-3

LIMA JUN. - SET. 1967

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

PERSONAL DOCENTE

Jefe del Departamento	Dr. Oscar Valdivia Ponce

ASIGNATURA DE PSIQUIATRIA "A"

Profesor Principal	Dr. Oscar Valdivia Ponce
Profesores Asociados	Dr. Max Arnillas Arana Dr. Augusto Colmenares Murrugarra Dr. Sergio Zapata Agurto
Profesor Auxiliar	Dr. Carlos Saavedra Suescum
Profesor contratado	Dr. César Delgado Hurtado
Jefes Instructores	Dra. Judith Calenzani Dr. Hugo Diaz Vásquez Dr. Enrique Ghersi Belaúnde Dr. Walter Griebenow Estrada Dr. Carlos Gutiérrez Ferreira
Jefes Instructores contratados	Dr. Jorge Castro Morales Dr. Manuel Fernández Dr. Alberto Péndola Febres Dra. Antonia Sánchez Dr. Juan Tobalina
Psicólogos Clínicos contratados	Dra. Clara Behar Dra. Yolanda La Torre
Asistenta Social contratada	Sra. Libertad Lescano de Vera

ASIGNATURA DE PSIQUIATRIA "B"

Profesor Principal	Dr. Humberto Rotondo Grimaldi
Profesor Asociado	Dr. José Sánchez García.
Profesores contratados	Dr. Francisco Alarco Dr. Fernando Samanez
Jefe Instructor	Dr. Andrés Cáceres
Jefes Instructores contratados	Dr. Manuel Almeyda Dr. Ethel Bazán Dr. Alfredo Beyer Dr. Roberto Criado Dr. Carlos García Pacheco Dr. César López Salas Dr. Alfonso Mendoza Dr. Julio Morales Galarreta Dr. Oscar Rubio Córdoba Dr. Elard Sánchez Dr. Vital Scapa

(Continúa en la 3ª carátula)

REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol. IV, Nº 2-3 | JUN.-SET., 1967 | LIMA, PERU

REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol. IV, Nº 2-3 **JUN.-SET., 1967** **LIMA, PERU**

CONTENIDO:

ARTICULOS

DOCUMENTOS

LA DELINCUENCIA FEMENINA

COMPARACION DE ALGUNAS CARACTERISTICAS PSICO-SOCIALES EN UN GRUPO DE RECLUSAS COMPRENDIDAS EN LOS DELITOS DE HOMICIDIO, FILICIDIO Y PATRIMONIO, DEL CENTRO DE REEDUCACION, TALLER Y ESCUELA PARA MUJERES, DE CHORRILLOS

ARNOLD MEADOW,* HORACIO ESTABRIDIS** y ELÍAS BATALLANOS***

INTRODUCCION

La investigación que vamos a describir ha tenido tres propósitos: el primero estudiar la realidad de algunos aspectos de la delincuencia femenina que se dá en el Perú. Mientras que hasta ahora la tasa de delitos femeninos ha sido relativamente baja en nuestro medio, anticipamos que de conformidad a experiencias en otros países, a medida que sigue el proceso de urbanización y concomitantemente cambia el papel de la mujer, habrá mayor número de delincuencia femenina. Por eso un estudio de la índole del delito femenino y sus determinantes puede proporcionar una base científica para el trazo de lineamientos adecuados para la prevención y tratamiento de este fenómeno social negativo que puede frenar cada vez más acentuadamente la productividad del país.

El segundo propósito de esta investigación, ha sido el de tratar de hacer una contribución a la literatura mundial y a la vez peruana, con respecto a las determinantes científicas de la delincuencia. Existe

* Psicólogo, Catedrático Principal de Psicología Social de la Universidad de Arizona, EE.UU., (Director de la Investigación).

** Médico Psiquiatra, Director del Instituto de Criminología, Ministerio de Justicia y Culto, Lima.

*** Psicólogo del Instituto de Criminología, Ministerio de Justicia y Culto, Lima.

una tendencia de parte de muchos investigadores de enfocar este fenómeno con cierta ceguera. De una parte los abogados, jueces y policías miran la delincuencia principalmente como un fenómeno legal que amenaza la seguridad individual o de la sociedad. Por otra parte los psicólogos y psiquiatras juzgan la delincuencia como una emanación de una personalidad anormal. Finalmente los sociólogos se olvidan o niegan explícitamente la posibilidad de la patología de la personalidad y describen este fenómeno exclusivamente como resultado de fuerzas sociales.

Nuestro enfoque, de acuerdo con un grupo de investigadores cada vez más numeroso en este campo (1), es de considerar la delincuencia como resultado final de una multitud de factores incluso los legales, psicológicos, médicos y sociales.

Específicamente en la investigación presente hemos llevado a a cabo una comparación de tres grupos de reclusas: las homicidas, las filicidas y las comprendidas en el delito contra el patrimonio, con el propósito de demostrar importantes diferencias entre éllas con respecto a dos clases de variables: los psicológicos y los sociológicos. Además nuestra hipótesis es que estos grupos no solamente tienen rasgos de personalidad distintos, sino provienen también de ambientes sociales diferentes.

Finalmente, el tercer propósito es que se espera en este estudio proporcionar algunos datos sobre la delincuencia en un país en desarrollo para comparaciones con estudios previos que se han llevado a cabo en los países desarrollados. Ya que una ciencia de Criminología debe ser universalmente aplicable, es muy importante conseguir datos de una gran variedad de culturas.

MATERIAL Y METODO

En esta investigación hemos utilizado principalmente la técnica de la entrevista personal, el cuestionario de personalidad Cornell Medical Index FN2 y el test de inteligencia de Matrices Progresivas de Raven. Se ha aplicado la entrevista personal para estudiar profundamente las motivaciones que han llevado a estas personas a la vida delictiva, incluso su historia delictiva, familiar y personal. Se ha empleado el Cornell Medical Index FN2, por proporcionar y ser utilizado como el método más objetivo para medir los rasgos de personalidad. Finalmente se ha determinado también el nivel intelectual de este grupo es-

tudiado con la prueba de Matrices Progresivas de Raven. Para hacer una comparación cuantitativa más objetiva entre nuestros grupos de reclusas estudiadas, se ha utilizado el método de la codificación, es decir, hemos clasificado los datos de las entrevistas en una serie de categorías, las cuales han sido seleccionadas en base a su relevancia teórica apriori a las causas de la delincuencia. Hemos distinguido cuatro tipos de ítems aplicables para este efecto: primero: características sociales; segundo: motivaciones e historia delictiva; tercero: historia familiar; y cuarto: historia personal.

A su vez las características sociales se han dividido en los rasgos sociales generales, tal como: edad, grado de instrucción y ocupación; las características relacionadas al crimen, tal como lugar de residencia cuando cometió el delito, condición jurídica, condición delictiva, tiempo de reclusión y las características sociales con relación a la víctima, tal como edad, sexo y relación de parentezco.

El área de la motivación e historia delictiva, incluye ítems, tales como: "¿cometió el crimen por motivo de celos?", "¿por patología psíquica?", "¿por carencia de necesidades primarias?". Con respecto a la historia familiar, nos interesamos en elementos como: "¿padre alcohólico?", "¿criado por instituciones?", "¿madre con trastornos mentales?".

La sección historia personal, cuenta con una gran variedad de informes, de los cuales algunos típicos son: "edad de la reclusa cuando su madre falleció", "abandonada por su padre y a qué edad".

Referente al Cornell Medical Index FN2, se han tomado las áreas convencionales que este test presenta, tales como: "deficiencias de adaptación" y "rasgos psicopáticos". Además hemos analizado separadamente algunos ítems críticos de la prueba.

Finalmente, basados sobre la prueba de Matrices Progresivas de Raven, hemos clasificado a las reclusas en las categorías intelectuales siguientes: Superior al término medio, Término medio, Inferior al término medio y Deficiente mental.

SUJETOS EXPERIMENTALES

El diseño del presente estudio era el de hacer comparaciones entre tres grupos de reclusas: homicidas, filicidas y las comprendidas en el delito contra el patrimonio. En este trabajo hemos estudiado todas las mujeres incluídas en estos tres delitos en la ciudad de Lima, por eso

las reclusas estudiadas no son una muestra, pero sí son toda la población de estas categorías que existe en Lima (1).

Se trata de una población de 70 reclusas en el "Centro de Reeducación y Taller para Mujeres de Chorrillos". Este penal es el único para mujeres en la ciudad de Lima. La población se divide en 15 casos de homicidio, 18 casos de filicidio y 37 casos de las comprendidas en el delito contra el patrimonio. Hemos estudiado esta población durante el período que comenzó el 2 de enero hasta el 30 de junio del presente año. Los casos estudiados eran todas de las tres categorías que estaban recluídas durante los meses de estudio.

El número de reclusas estudiado no es muy grande, pero verdaderamente existe poca cantidad de delincuentes mujeres detenidas en las cárceles del Perú. A diciembre de 1966, según una investigación extensa del total de delincuentes detenidos en los penales del Perú (2), se había encontrado solamente 283 mujeres, repartidas en diferentes penales del país. De este total 89 estaban detenidas por haber cometido el delito de homicidio e infanticidio y 71 por haber cometido el delito contra el patrimonio. Si la proporción de reclusas en estas categorías es relativamente el mismo en este año que el año pasado, se desprende que el grupo de 70 reclusas es el 25% de la población penal femenina del Perú.

Cada caso fue estudiado desde el punto de vista psicológico, psiquiátrico y sociológico por un team de investigadores psicológos y psiquiatras del Instituto de Criminología del Ministerio de Justicia y Culto. Cada reclusa era entrevistada y testada por un mínimun de dos horas y media. Aunque sospechamos que en algunos casos, ciertos datos proporcionados por las reclusas no hayan sido verdaderos, la duración del tiempo de la entrevista y toma de datos a nuestro juicio ha permitido recibir bastante información exacta. Además el empleo del Cornell Medical Index FN2, ha contribuido a certificar algunos datos conseguidos en la entrevista.

Las características sociales de las reclusas estudiadas son descritas más específicamente, adelante en la sección de los resultados.

(1) Se hacen los test de significación estadística, solamente cuando se estudia una muestra de una población, es decir el propósito de un test de significación estadística es hacer una estimación de la probabilidad de que las características detectadas representen la configuración del grupo total de la población. Pero las reclusas estudiadas no son una muestra, sino una población en sí misma. Entonces no cabe hacer los tests de significación. Lo que vamos ha realizar es simplemente comparar los porcentajes de cada grupo de reclusas con respecto a muchas variables.

RESULTADOS

Con respecto al análisis de los datos obtenidos, vamos a seguir un procedimiento de presentar la comparación cuantitativa de los tres grupos estudiados, tales como homicidas, filicidas y las comprendidas en el delito contra el patrimonio por cada código, representados a su vez en cuadros correspondientes. En el texto describimos el resultado saltante proporcionado por cada cuadro, nuestra interpretación de estos datos y su relación con previos estudios científicos sobre delincuencia en el Perú y en el extranjero. Así tenemos:

Edad en que cometió el delito.— El psiquiatra Karl Jung, ha escrito que hay una mañana de la vida y una noche de la vida. La juventud es una edad para la creatividad intelectual y también los instintos sexuales alcanzan su plenitud durante este período. Además parece que las necesidades de agresión son más frecuentemente expresados en esta etapa. Así se presenta el del cuadro N° 1, los tres grupos de reclusas clasificadas según edad en que cometió el delito. El primer hecho que indica el cuadro es que la gran mayoría de las delincuentes son menores de 41 años. Además se puede ver que hay relativamente menos homicidas entre los 17 y 20 años, que los otros dos grupos. Es interesante referirse a una investigación inglesa que indica la misma disminución de asesinatos después de los 41 años. Reproducimos en el Cuadro N° 2 unos datos descritos por el criminólogo alemán Hans Von Hentig, sobre edad al tiempo del asesinato en Inglaterra y País de Gales, 1904-28 (3). El cuadro indica en el caso de las mujeres el mismo decremento de delitos después de la edad de 41 años, que hemos visto en nuestros datos.

Instrucción.— El número de reclusas en cada grupo experimental, está ordenado por grado de Instrucción en el Cuadro N° 3. La inspección del cuadro indica que el nivel de instrucción de estas mujeres de los tres grupos es bastante bajo, pues el 80% no han completado la instrucción primaria. Además hay diferencias entre los tres grupos. Las homicidas tienen un nivel de instrucción muy bajo, con un porcentaje de analfabetas que alcanzan al 80%. En contraste el grupo de las comprendidas en el delito contra el patrimonio tienen el 21%, que han completado por lo menos la primaria. El grupo de filicidas se encuentra en el término medio de estos porcentajes.

CUADRO Nº 1

EDAD EN QUE COMETIO EL DELITO

(porcentajes)

	De 17 a 20 años	De 21 a 30 años	De 31 a 40 años	De 41 a 50 años	De 51 a más años	TOTALES
Homicidio	13.33 (2)	40.00 (6)	33.33 (5)	00.00 —	13.33 (2)	15
Filicidio	38.88 (7)	38.88 (7)	27.77 (4)	00.00 —	00.00 —	18
Patrimonio	37.84 (14)	27.02 (10)	32.46 (12)	2.70 (1)	00.00 —	37
TOTALES	23	23	21	1	2	70

CUADRO Nº 2

EDAD AL TIEMPO DEL ASESINATO EN INGLATERRA Y PAIS DE GALES

1904-28

(porcentajes)

AÑOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES
16 a 21	8	19
21 a 30	38	56
30 a 40	25	17
40 a 50	16	5
50 a 60	10	1
60 o más	3	1

Ocupaciones.— Los datos sobre ocupación sugieren que el crimen en el Perú como en otros lugares del mundo, existe más en las ocupaciones de una condición socio-cultural baja. Así vemos en el Cuadro Nº 4 que la gran mayoría de los casos de todos los grupos se concentran en las ocupaciones más bajas del Perú. Por su puesto hay siempre el problema en todos los países, presentado por el hecho que muchos delitos cometidos por miembros de las clases medias y altas no entran en las estadísticas. Pero de todas maneras es probable que esta tendencia es menos frecuente con respecto al crimen homicida y filicida que son considerados como muy serios en todas las sociedades del mundo.

Además este cuadro nos muestra que hay diferencias importantes entre las ocupaciones de los tres grupos experimentales. El grupo de homicidas son primordialmente agricultoras. El 66% de este grupo ganan su vida cultivando la tierra con métodos rudimentarios; mientras que los otros dos grupos son básicamente de ocupaciones de sociedades urbanas, incluyendo solamente una agricultora. Típicamente las filicidas son domésticas, 50% de este grupo están en esta categoría.

Finalmente las comprendidas dentro del delito contra el patrimonio, aportan una mayor variedad de ocupaciones, incluyendo hasta el 11% de empleadas.

El hecho de que las homicidas y filicidas son de nivel de ocupación baja, está de acuerdo con el estudio de Wolfgang en los Estados Unidos. Este investigador informa que de cada 10 homicidios cometidos por hombres, 9 son de ocupaciones muy bajas. Por ejemplo, según este estudioso, los obreros cometen más homicidios que los empleados.

Lugar de residencia cuando cometió el delito.— La comparación entre los tres grupos con respecto al lugar de residencia cuando se cometió el delito, muestra un contraste muy saltante. La prisión "Centro de Reeducación y Taller para Mujeres de Chorrillos" incluye a todas las delincuentes que han cometido el delito en Lima, pero también se encuentran allí mujeres que han delinquido en otras provincias del país. Pues no es extraño que, según muestra el Cuadro N. 5, la gran mayoría de filicidas y las que han cometido el delito contra el patrimonio han estado viviendo en Lima al tiempo de cometer el delito. Pero lo que sí es inesperado es que el 60% de las homicidas han cometido su delito fuera de Lima, en el sitio que nosotros hemos designado como Sierra Norte. Mas específicamente examinando los datos encontramos que éste 60% han cometido el delito en un departamento de los 24 existen-

CUADRO Nº 3

INSTRUCCION

(porcentajes)

DELITOS	Analfabeta	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	TOTAL
Homicidio	80.00 (12)	13.00 (2)	00.00 —	7.00 (1)	00.00 —	15
Filicidio	38.89 (7)	49.99 (9)	5.56 (1)	5.56 (1)	00.00 —	18
Patrimonio	32.42 (12)	45.95 (17)	8.11 (3)	8.11 (3)	5.40 (2)	37
TOTALES	31	28	4	5	2	70
PORCENTAJE DE TOTALES	44.29	40.00	5.71	7.14	2.86	100.00

tes en el Perú, Cajamarca. Además los datos de la entrevista indican que las homicidas no provienen de la ciudad principal de este departamento, sino de sus provincias y estancias, tales como San Pedro, Puruguay, Chuyubamba, Jesús, Paguran, Quibinchan, Bambamarca, Chota, etc. En este penal se sabe que no están todas las mujeres que cometieron el delito en Cajamarca. Así el número que forma el 60% es un mínimun de las homicidas que representa Cajamarca en la población homicida del Perú. Otras homicidas cajamarquinas se hallan en las cárceles de este departamento. Se puede averiguar este hecho examinando los datos que el Instituto de Criminología del Ministerio de Justicia ha recogido en el estudio del número total de reclusos en el país, llevado a cabo en 1966 (4). Se presentan en el Cuadro Nº 6 estos datos comparando el número de reclusas en Lima, Cajamarca y en todo el país, con respecto al total de delitos, el total de homicidas y filicidas y el total de delitos contra el patrimonio, se vé que proporcionalmente a su población, Lima tiene un número total de delitos más grande que Cajamarca. Así Lima, tiene seis veces más delitos contra el patrimo-

CUADRO Nº 4

O C U P A C I O N

(porcentajes)

DELITOS	Domest.	Agric.	Obrera	Empleada	Su casa	Comer-ciante	Estu-diante	Ninguna	TOTAL
HOMICIDIO	00.00	66.66	13.33	00.00	06.67	00.00	06.67	06.67	15
	(—)	(10)	(2)	(--)	(1)	(—)	(1)	(1)	
FILICIDIO	50.00	5.5	27.78	00.00	16.67	00.00	00.00	00.00	18
	(9)	(1)	(5)	(—)	(3)	(—)	(—)	(—)	
PATRIMONIO	37.84	00.00	27.02	10.82	18.92	5.40	00.00	00.00	37
	(14)	(—)	(10)	(4)	(7)	(2)	(—)	(—)	
TOTALES	23	11	17	4	11	2	1	1	70
PORCENTAJE DE TOTALES	32.86	15.71	24.29	5.71	15.71	2.86	1.43	1.43	100.00

CUADRO Nº 5

LUGAR DE RESIDENCIA CUANDO SE COMETIO EL DELITO

(porcentajes)

DELITOS	SUR COSTA	CENTRO COSTA	NORTE COSTA	SUR SIERRA	CENTRO SIERRA	NORTE SIERRA	LIMA	TOTALES
HOMICIDIO	00.00	00.00	06.67	00.00	13.33	60.00	20.00	15
	(—)	(—)	(1)	(—)	(2)	(9)	(3)	
FILICIDIO	00.00	11.11	05.56	00.00	00.00	05.56	77.77	18
	(—)	(2)	(1)	(—)	(—)	(1)	(14)	
PATRIMONIO	00.00	02.70	00.00	00.00	00.00	00.00	97.30	37
	(—)	(1)	(—)	(—)	(—)	(—)	(36)	
TOTALES	0	3	2	0	2	10	53	70
PORCENTAJES DE TOTALES	00.00	4.28	2.86	00.00	2.86	14.29	75.71	100.00

nio que Cajamarca, pero solamente 2.6 más población. Por otra parte se ha comprobado que Lima, produce menor proporción de homicidas que Cajamarca, lo que constituye un índice del 1.2 de homicidios y filicidios, comparado con el índice del 2.6 de la población total.

$$\frac{16}{13} < \frac{2{,}400.000}{900.100}$$

Aunque no se han averiguado estadísticamente el hecho de presentarse gran número de asesinas en el departamento de Cajamarca, hasta este estudio, hay dichos populares en el Perú que indican que existe en este departamento una pauta de tradición cultural de violencia. Así por ejemplo es bien conocido un famoso dicho vernacular en otros departamentos del Perú que refiriéndose a Cajamarca y a una

CUADRO Nº 6

PROPORCION DE HOMICIDAS, FILICIDAS Y DELITO CONTRA EL PATRIMONIO EN LIMA, CAJAMARCA Y TODO EL PAIS

ESTUDIO 1966

	Todo el país	**Lima y Callao**	**Cajamarca**
Total de delitos	283	94	19
Total de Homicidas e infanticidas	89	16	13
Total contra el patrimonio	71	24	4
POBLACION TOTAL (Censo 1961)	12'011,500	2'400,000	900,100

de sus provincias: Chota, a la letra dice: "Dad posada al peregrino, menos al cajamarquino y al chotano, ni la mano".

La existencia de grandes diferencias regionales en las tasas de homicidas, ha sido ya enunciada en investigaciones a este respecto en los Estados Unidos. Una investigación efectuada por Brearley (5), por ejemplo sobre homicidio en el país mencionado, indicó que las tasas de este delito en el sur de los Estados Unidos, son mucho más altas que otras partes del territorio.

Lugar de nacimiento.— También hay bastantes diferencias con respecto al lugar de nacimiento entre los tres grupos experimentales. La inspección del Cuadro Nº 9, indica que la mayoría de las homicidas provienen de la Sierra Norte que incluye Cajamarca. Un gran número de reclusas que han cometido el delito contra el patrimonio son nacidas en Lima. Finalmente las filicidas están distribuidos en esta categoría en variedad de regiones. Si tenemos en cuenta los datos en conjunto, tanto del Cuadro Nº 5, como del 7, llegamos a la conclusión de que las homicidas por lo general han nacido en la Sierra Norte y han cometido el crimen en el mismo lugar de nacimiento. Las filicidas tienden a cometer su crimen en Lima, pero gran porcentaje de éllas nacieron en la sierra, es decir han emigrado de su lugar de origen a Lima. El tercer grupo o sea las que se encuentran detenidas por el delito contra el patrimonio, han cometido esta transgresión en Lima, pero provienen más de otros lugares del país.

Raza.— Los datos sobre raza muestran resultados muy diferentes que los que se han publicado en los Estados Unidos. Si nos fijamos en el Cuadro Nº 8, se ve que las homicidas y las filicidas son todas mestizas. En contraste el 19% de las reclusas comprendidas en el delito contra el patrimonio son negras. En los Estados Unidos todos los estudios principales han indicado que los negros son los que cometen mayor cantidad de asesinatos que otros grupos raciales. Además se puede inferir de los datos, que el porcentaje del 19% de negras detenidas por el delito contra el patrimonio es desproporcionadamente alto en relación a la población general de raza negra en Lima.

Condición socio-económica.— El Cuadro Nº 9 demuestra que la gran mayoría de todas las reclusas provienen de clases socio-económicas infrahumanas, esto quiere decir que carecen de los elementales me-

CUADRO Nº 7

LUGAR DE NACIMIENTO

(porcentajes)

DELITOS	COSTA SUR	COSTA CENTRO	COSTA NORTE	SIERRA SUR	SIERRA CENTRO	SIERRA NORTE	LIMA	TOTALES
HOMICIDIO	00.00	00.00	06.67	00.00	26.66	60.00	06.07	15
	(—)	(—)	(1)	(—)	(4)	(9)	(1)	
FILICIDIO	00.00	05.56	22.23	16.66	27.78	11.11	16.66	18
	(—)	(1)	(4)	(3)	(5)	(2)	(3)	
PATRIMONIO	02.70	13.51	13.51	21.63	13.51	02.70	32.44	37
	(1)	(5)	(5)	(8)	(5)	(1)	(12)	
TOTALES	1	6	10	11	14	12	16	70
PORCENTAJES DE TOTALES	1.43	8.57	14.29	15.71	20.00	17.14	22.86	100.00

dios de subsistencia y que muchas de éllas viven en barriadas, callejones, chozas y otras en condiciones de domésticas. Además se puede decir comparando los tres grupos que las homicidas son más uniformemente carentes de adecuada vida socio-económica. El ciento por ciento de este grupo, cae en la clasificación de infrahumano. Los datos sobre la condición económica baja de las reclusas estudiadas concuerdan con esta modalidad existente también en los Estados Unidos (6).

Condición delictiva.— Según el Cuadro Nº 10, se comprueba que todas las filicidas y homicidas, excepto una, son mujeres que por primera vez han cometido el delito, en tanto que llega al 35% el número de reclusas reincidentes que han efectuado delitos contra el patrimonio. Así parece que este último delito representa más una expresión de una vida dedicada a la transgresión de normas legales. Por otro lado los crímenes de homicidio y filicidio parecen ser más el resultado de un fenómeno único en la historia de la vida de una persona. Los

CUADRO Nº 8

RAZA

(porcentajes)

DELITOS	Mestiza	Negra	Blanca	Totales
Homicidio	100.00 (15)	00.00 —	00.00 —	15
Filicidio	100.00 (18)	00.00 —	00.00 —	18
Patrimonio	78.38 (29)	18.92 (7)	2.70 (1)	37
TOTALES	62	7	1	70
PONCENTAJE DE TOTALES	88.57	10.00	1.43	100.00

CUADRO Nº 9

CONDICION SOCIO-ECONOMICA
(porcentajes)

DELITOS	INFRAHUMANA	INFERIOR	TOTALES
Homicidio	100.00 (15)	00.00 —	15
Filicidio	88.89 (16)	11.11 (2)	18
Patrimonio	86.49 (32)	13.51 (5)	37
TOTALES	63	7	70
PORCENTAJE DE TOTALES	90.00	10.00	100.00

CUADRO Nº 10

CONDICION DELICTIVA
(porcentajes)

DELITOS	PRIMARIO	REINCIDENTE	TOTALES
Homicidio	93.33 (14)	6.67 (1)	15
Filicidio	100.00 (18)	00.00 —	18
Patrimonio	64.86 (24)	35.14 (13)	37
TOTALES	56	14	70
PORCENTAJE DE TOTALES	80.00	20.00	100.00

datos en los Estados Unidos son diferentes. Un estudio de Wolfgang (7) de homicidios urbanos, principalmente en negras, indicó que hasta el 48% de estas mujeres han sido detenidas más de una vez.

Así el cuadro cultural influye bastante en la pauta de homicidios, por lo menos con respecto a la variable de reincidencia.

Sexo de la víctima.— En el Cuadro Nº 11 se presenta los resultados con respecto al sexo de la víctima, pero no hemos podido identificar para el 49% de las reclusas comprendidas en el delito contra el patrimonio. El hecho saltante que muestra los datos que tenemos, es que hay dos veces más víctimas masculinos que femeninos en el grupo de las filicidas, en tanto que en los otros dos grupos, hay un poco más de víctimas femeninas que masculinas.

Relación de parentesco con la víctima.— Además del hecho obvio de que las filicidas generalmente matan a sus propios hijos, el cuadro Nº 12, muestra que las homicidas tienen por víctimas más a sus parientes que las comprendidas en el delito contra el patrimonio.

Estudios previos en los Estados Unidos, concuerdan con este resultado. En una investigación de 324 mujeres asesinadas, Sutherland encontró que casi el 60% habían sido cometidos por parientes o personas allegadas a las víctimas, así 102 habían sido victimadas por sus maridos, 37 por padres u otros parientes y 49 por convivientes o novios (8).

Nivel intelectual.— Se presenta en el Cuadro Nº 13 las diferencias entre los tres grupos experimentales, con respecto al nivel intelectual lo siguiente: Las comprendidas en el delito de homicidio y filicidio, son generalmente de un nivel de inteligencia más bajo que las que han cometido el delito contra el patrimonio.

En un estudio sobre Relación entre Nivel Intelectual y Delito, efectuado por primera vez en el Perú utilizando la prueba de Matrices Progresivas de Raven en la población total de un penal de varones de Lima, consistente en 400 sujetos. El psicólogo Elías Batallanos M, había encontrado en el delito de homicidio las cuatro categorías intelectuales, con cierta inclinación hacia categorías inferiores. Así de 23 homicidas que habían en esta población estudiada, 3 estaban en la categoría de Superior al Término Medio, pues estos habían cometido el crimen en forma accidental, 8 en el Término Medio, 5 en Inferior al Término Medio y 7 en la categoría de Deficientes mentales. Y en el de-

lito contra el patrimonio, de 237 sujetos, 30 se encontraban en la categoría Superior al Término Medio, especialmente estafadores, 94 en el Término Medio, 65 en Inferior al Término Medio y 48 en la última categoría de Deficientes mentales (9). Esto indica que hay cierta similitud entre los delincuentes varones y mujeres en el Perú, en cuanto a nivel intelectual con ligeras variantes.

Modalidad de premeditación.— Se presenta en el Cuadro Nº 14, que la modalidad utilizada por estos grupos experimentales, ha sido con premeditación para el 100% de las que han cometido el delito contra el patrimonio, el 74% de las homicidas y el 56% de las filicidas. Esto revela que casi la mitad de las filicidas han dado muerte a sus niños con impulsividad.

Motivaciones.— Hemos dividido las motivaciones de los delitos en 14 categorías, en el Cuadro Nº 15. Desde el punto de vista conceptual, las categorías son de índole distinta. Algunas son necesidades como "por lucro". Otras describen estimulación social, lo que Henry

CUADRO Nº 11

SEXO DE LA VICTIMA
(porcentajes)

DELITOS	MASCULINO	FEMENINO	SIN DETERMINAR	TOTALES
Homicidio	46.67 (7)	53.33 (8)	00.00 —	15
Filicidio	66.67 (12)	33.33 (6)	00.00 —	18
Patrimonio	24.32 (9)	24.03 (10)	48.65 (18)	37
TOTALES	28	24	18	70
PONCENTAJE DE TOTALES	40.00	34.29	25.71	100.00

CUADRO Nº 12

RELACION DE PARENTESCO CON LA VICTIMA
(porcentajes)

DELITOS	PADRE	HIJO	OTRO PARENTESCO	NINGUNO	TOTALES
Homicidio	13.34 (2)	00.00 —	26.66 (4)	60.00 (9)	15
Filicidio	00.00 —	100.00 18	00.00 —	00.00 —	18
Patrimonio	00.00 —	00.00 —	2.70 (1)	87.30 (36)	37
TOTALES	2	18	5	45	70
PORCENTAJE DE TOTALES	2.86	25.71	7.14	64.29	100.00

CUADRO Nº 13

NIVEL INTELECTUAL (RAVEN)
(porcentajes)

DELITOS	DEFICIENTE	INFERIOR	TERMINO MEDIO	TOTALES
Homicidio	40.00 (6)	60.00 (9)	00.00 —	15
Filicidio	61.12 (11)	27.77 (5)	11.11 (2)	18
Patrimonio	29.73 (11)	51.36 (19)	18.91 (7)	37
TOTALES	28	33	9	70
PONCENTAJE DE TOTALES	40.00	47.14	12.86	100.00

Murray ha designado como "press". Pero en su conjunto hemos tratado de incluir en el rótulo de motivaciones todos los factores contemporáneos que hayan podido influenciar para la irrupción del comportamiento delictual. En este análisis de las motivaciones es necesario algunas veces describir a una reclusa en más de una categoría, es decir que la misma podría presentar características "de celos" y también tener "conflictos severos con el hombre con quien vivía".

Si consideramos solamente las homicidas, se puede ver que los factores más importantes eran: "influenciados por otros", "por patología psíquica" (*), "por conflictos severos con el hombre con quien vivió o vive", "por venganza" y "por celos". Con respecto a las filicidas, también las categorías: "conflictos severos con el hombre con quien vivió o vive" y "por patología psíquica" eran los más importantes. Las filicidas se distinguen de las homicidas por tener rasgos de temperamento menos celotípicas, también un mayor porcentaje de las filicidas en relación con las homicidas han tenido conflictos severos con el hombre con quien vivió o vive. Además en comparación con el homicidio, el filicidio es un crimen que no está alentado por otras personas.

Según el cuadro el delito contra el patrimonio es frecuentemente motivado por factores económicos. Es interesante observar que la gran mayoría de las comprendidas en el delito contra el patrimonio han cometido esta transgresión individualmente.

Historia familiar.— El examen de los antecedentes familiares del grupo experimental presentado en el Cuadro Nº 16, revela que el grupo de las homicidas presentan gran porcentaje de padres con personalidad anormal. Un 60% de estos padres son alcohólicos. Se estiman también que hasta el 27% de las madres y 53% de los padres tienen trastornos mentales. Según este cuadro no hay consistentes diferencias entre las filicidas y las que han cometido el delito contra el patrimonio con respecto a estos tipos de variables.

Historia personal.— El Cuadro Nº 17-A, muestra abruptas oscilaciones dentro de las categorías, especialmente en la manera cómo

(*) Es necesario clarificar un punto con respecto a la categoría por "patología psíquica". Hemos basado esta calificación sobre una estimación clínica de todos los datos del caso, inclusive psicopatología de neurósis y psicosis, pero no de psicopatía

han sido tratadas en su dependencia a personas significativas; al grupo de las homicidas le distingue claramente un trato de parte de estas personas francamente cruel, pues de una u otra manera, han sufrido abandonos, tanto de convivientes, esposos y amantes han sido engañadas y maltratadas por estos. Hay pues en este grupo el 13% "abandonadas por su conviviente", 13% "por su esposo" y 7% "por su amante". Así una tercera parte del grupo de las homicidas han sido abandonadas por el hombre con quien han estado vinculadas maritalmente.

Los datos con respecto al engaño son similares, pues el 27% de las homicidas caen en la categoría: "engañada por conviviente", 13% "engañadas por el esposo" y 7% "engañadas por el amante".

Por lo demás se puede decir que generalmente las filicidas han sufrido más abandono y engaño que las que han cometido el delito contra el patrimonio. Así el 33% de las filicidas han sido abandonadas por la figura conyugal, contra un porcentaje del 22% de las que han cometido el delito contra el patrimonio. Otra vez con respecto a

CUADRO Nº 14

MODALIDAD CON PREMEDITACION

(porcentajes)

DELITOS	SI	NO	TOTALES
Homicidio	73.34 (11)	26.66 (4)	15
Filicio	55.56 (10)	44.44 (8)	18
Patrimonio	100.00 (37)	00.00 —	37
TOTALES	58	12	70
PORCENTAJE DE TOTALES	82.86	17.14	100.00

CUADRO Nº 15

MOTIVACIONES
(porcentajes)

DELITOS	1 Conflictos severos con hombre con quien vivió o vive.	2 Por celos.	3 Por influencia de otra persona.	4 Por influencia de grupo.	5 Por estar en estado de gestación del niño del hombre que la adandonó.	6 Por abandono del hombre cuando tuvo el niño.	7 Accidental.	8 Posiblemente accidental.	9 Por lucro.	10 Por carencia de necesidades primarias.	11 Por patología Psíquica.	12 Por deseos de venganza.	13 Por ser violada.	14 Por negligencia.
HOMICIDIO	46.67 (7)	33.33 (5)	60.00 (9)	13.33 (2)	00.00 (—)	00.00 (—)	00.00 (—)	20.00 (3)	06.67 (1)	00.00 (—)	53.33 (8)	26.66 (4)	06.67 (1)	06.67 (1)
FILICIDIO	72.22 (13)	00.00 (—)	00.00 (—)	00.00 (—)	05.56 (1)	05.56 (1)	00.00 (—)	00.00 (—)	00.00 (—)	05.56 (1)	61.11 (11)	22.22 (4)	05.56 (1)	16.67 (3)
PATRIMONIO	45.95 (17)	00.00 (—)	08.11 (3)	00.00 (—)	00.00 (—)	00.00 (—)	00.00 (—)	00.00 (—)	100.00 (37)	48.64 (18)	00.00 (—)	00.00 (—)	00.00 (—)	00.00 (—)
TOTALES	37	5	12	2	1	1	0	3	38	19	19	8	2	4
PORCENTAJE DE TOTALES	52.86	07.14	17.14	02.86	01.43	01.43	00.00	04.29	54.29	27.14	27.14	11.43	02.86	05.71

lo de ser engañadas por la figura conyugal, los porcentajes son el 17% para las filicidas y 5% para las que han cometido el delito contra el patrimonio.

Relaciones con los padres.— Parece que el rechazo recibido por las homicidas de parte de la figura conyugal, ha sido una repetición de la misma experiencia padecida en sus relaciones con sus padres en la niñez. El Cuadro 17-B, muestra que el 40% de las homicidas han tenido relaciones afectivas más negativas con la figura materna, así como la paterna, constituyendo ésta el 67%. También se ve que un 47% de estas mujeres han sido maltratadas por parientes. En esta variable las diferencias entre las filicidas y las que han cometido el delito contra el patrimonio, no son tan grandes. Tampoco los datos con respecto a las categorías: "abandonadas por padres también a estas edades", no muestran consistentes diferencias entre los grupos experimentales. El resultado más saltante que indica las cuatro últimas columnas del Cuadro 17-B, es que hasta el 53% de las homicidas han perdido a sus padres antes de los 10 años.

Otros datos de la historia personal.— Para completar los datos proporcionados por la entrevista se han hecho cuatro comparaciones con respecto a la vida sexual de las reclusas.

No hay grandes diferencias con respecto a la edad de la monarquia de los tres grupos. No existe tampoco diferencias grandes entre las edades de la primera relación sexual, aunque cabe indicar que relativamente gran número de reclusas en los tres grupos han tenido relaciones sexuales a temprana edad (antes de los 15 años).

Las categorías dedicadas a la "prostitución" y "veces que tuvo conviviente o esposo", sí, indican diferencias impresionantes, las mujeres comprendidas en el delito contra el patrimonio, son más inclinadas a la vida de prostitución, que los otros dos grupos, constituyendo éstas el 46%. También se averiguó, que las que han cometido el delito contra el patrimonio, tienen más frecuentemente una vida sexual inestable, hasta el 41% de este grupo han tenido un conviviente o esposo más de dos veces.

Cornell Medical Index FN2.— Se presentan los resultados del análisis de las escalas del Cornell Medical Index FN2, en el Cuadro Nº 18. En ella apreciamos que cada área representa un grupo de ítems, tales como: "deficiencias de adaptación", "modificaciones patológicas

CUADRO Nº 16

HISTORIA FAMILIAR
(porcentajes)

DELITOS	1 Padre alcohólico.	2 Madre alcohólica.	3 Padre con trastornos mentales.	4 Madre con trastornos mentales.	5 Padre agresivo.	6 Madre agresiva.	7 Criada por padrastro.	8 Criada por madrastra.	9 Criada por institución.	10 Criada por otros.
HOMICIDIO	60.00 (9)	13.33 (2)	53.33 (8)	26.66 (4)	60.00 (9)	46.67 (7)	26.66 (4)	00.00 (—)	00.00 (—)	20.00 (3)
FILICIDIO	16.67 (3)	05.56 (1)	11.11 (2)	16.67 (3)	11.11 (2)	27.78 (5)	11.11 (2)	05.56 (1)	11.11 (2)	33.33 (6)
PATRIMONIO	32.44 (12)	08.10 (3)	02.70 (1)	00.00 (—)	24.32 (9)	10.81 (4)	10.81 (4)	08.11 (3)	08.11 (3)	10.81 (4)
TOTALES	24	6	11	7	20	16	10	4	5	13
% DE TOTALES	34.29	08.57	15.71	10.00	28.57	22.86	14.29	05.71	07.14	18.57

del humor" y "rasgos psicopáticos". Examinando el cuadro se ve en primer lugar que el grupo de homicidas y filicidas presenta promedios similares del número total de respuestas SI, cuya dirección indica psicopatología (columna Nº 13). En contraste, el grupo de las comprendidas en el delito contra el patrimonio muestra menor psicopatología que los otros dos grupos. Si atendemos el análisis de las otras áreas individuales del Cornell Medical Index FN2, encontramos en todas las áreas excepto una, la misma similaridad. Por una parte las homicidas y filicidas tienen más psicopatología y por otra parte tienen menos el grupo de las que han cometido delito contra el patrimonio (columnas 1-9). La excepción es muy importante, por que ocurre con respecto al área, rasgos psicopáticos. Examinado el cuadro en referencia otra vez, se vé que en el área de "rasgos psicopáticos" (columna 10), la relación

CUADRO Nº 17-A

HISTORIA PERSONAL

RELACION CON LA FIGURA CONYUGAL

(porcentajes)

DELITOS	1 Abandonada por su conviviente	2 Abandonada por su esposo	3 Abandonada por su amante	4 Engañada por su conviviente	5 Engañada por su esposo	6 Engañada por su amante
HOMICIDIO	13.13 (2)	13.13 (2)	6.67 (1)	26.66 (4)	13.33 (2)	6.67 (1)
FILICIDIO	16.67 (3)	11.11 (2)	5.56 (1)	11.11 (2)	5.56 (1)	00.00 (—)
PATRIMONIO	16.21 (6)	5.40 (2)	00.00 (—)	5.40 (2)	00.00 (—)	00.00 (—)
TOTALES	11	6	2	8	3	1
PORCENTAJE DE TOTALES	15.71	8.57	2.86	11.43	4.29	1.43

entre los tres grupos es el revés, es decir que las comprendidas en el delito contra el patrimonio, presentan un promedio mucho más elevado que los otros dos grupos.

Para estudiar más detenidamente la índole de las diferencias entre los tres grupos con respecto al área de los "rasgos psicopáticos" hemos construído una nueva calificación en esta área, sustrayendo los ítems 89 y 91 del total original del área mencionada. Estos ítems son: "¿Ha sido Ud. enviado alguna vez a alguna institución correccional para menores (Hermelinda Carrera)?" y "¿Ha sido Ud. detenido más de tres veces?". La razón para este procedimiento ha sido el siguiente: Dado la diferencia entre, por un lado, las que han cometido el delito de homicidio y filicidio y por otro lado las comprendidas en el delito contra el patrimonio, con respecto al área "rasgos psicopáticos" se presentaba la pregunta: es esta diferencia debido a una distinta estructura de la personalidad o es el resultado del hecho de que las que habían

CUADRO Nº 17-B

HISTORIA PERSONAL

RELACIONES CON LOS PADRES
(porcentajes)

DELITOS	1 Relación afectiva con la madre	2 Relación afectiva con el padre	3 Maltrada por parientes	4 Madre fallecida cuando ella tenía menos de 10 años	5 Abandonada por su madre antes de los 10 años	6 Padre fallecido cuando ella tenía menos de 10 años	7 Abandonada por su padre antes de los 10 años
HOMICIDIO	40.00 (6)	66.67 (10)	46.67 (7)	13.13 (2)	6.13 (1)	53.34 (8)	13.33 (2)
FILICIDIO	38.89 (7)	33.34 (6)	16.67 (3)	11.11 (2)	16.66 (3)	27.78 (5)	5.56 (1)
PATRIMONIO	24.32 (9)	37.84 (14)	16.21 (6)	27.03 (10)	2.70 (1)	13.51 (5)	10.80 (4)
TOTALES	22	30	16	14	5	18	7
PORCENTAJE DE TOTALES	31.42	42.85	22.16	20.00	7.14	25.71	10.00

cometido el delito contra el patrimonio, habían estado en una institución correccional por una o más veces. La respuesta está proporcionada en la penúltima columna del Cuadro 18. Aquí se vé claramente que aunque substrayendo las dos preguntas, el promedio en el área de "rasgos psicopáticos" de las que han cometido el delito contra el patrimonio, todavía se mantiene más elevado que los de los otros grupos. Se puede inferir entonces que en el Cornell Medical Index FN2 los grupos de homicidas y filicidas tienen promedios más altos en las áreas que comprenden psicopatología neurótica y psicopática, mientras que las comprendidas en el delito contra el patrimonio, tienen más elevada psicopatología psicopática.

Hay una pregunta del Cornell Medical Index FN2, que tal vez es más directamente relevante que otras preguntas, al problema de la existencia de patología psíquica en las reclusas. Se trata de la pregunta Nº 33 que textualmente dice: "¿Ha estado Ud. alguna vez hospitalizada en alguna clínica para enfermos mentales?". Las respuestas a estas preguntas muestran que hasta el 47% de las homicidas han respondido afirmativamente, mientras que solamente el 11% de las filicidas y el 8% de las que han cometido el delito contra el patrimonio han respondido también en este sentido.

Validez del Cornell Medical Index FN2.— Además del interes en el contenido de los datos, se proporciona una oportunidad para estudiar la validez de la utilización del Cornell Medical Index FN2, en una cultura distinta que la de los Estados Unidos. El Cornell Medical Index FN2, ha indicado en este estudio que el grupo de homicidas y filicidas tiene más psicopatología neurótica y psicótica y las que han cometido el delito contra el patrimonio, tienen más patología psicopática. La estimación de psicopatología neurótica y psicótica basado sobre la entrevista, ha llegado a la misma conclusión.

Pautas de adicción.— Por razón de la relacion entre la psicopatía y pautas de adicción a las drogas y alcoholismo, hemos sacado del Cornell Medical Index FN2, tres preguntas que proporcionan informes sobre este particular. Las comparaciones indican que ninguna reclusa confiesa haber ingerido drogas de una manera contínua. Sin embargo el análisis de las respuestas a las preguntas sobre la ingestión del alcohol, está conforme con el comportamiento psicopático que ya habíamos abordado en el grupo de las que han cometido el delito contra el patrimonio.

CUADRO Nº 18

CORNELL MEDICAL INDEX FN2

(promedios)

DELITOS	1 Deficiencias de adaptación.	2 Modificaciones patológicas del humor (depresión).	3 Nerviosismo y ansiedad.	4 Síntomas Psicosománticos Neurocirculatorios.	5 Tensión.	6 Reacciones psicosomáticas diversas.	7 Hipocondría y astenia.	8 Síntomas Psicosománticos gastro-intestinales.	9 Suceptibilidad y recelo.	10 Rasgos Psicopáticos.	11 Respuesta a preguntas 89 y 91. (no es promedio).	12 10 - menos 11. Nueva calificación de rasgos psicopáticos.	13 Promedio de respuestas SI.
HOMICIDIO	10 26	4	3.40	3	4.6	4	3.26	2.60	1.60	3.26	(2)	3.13	39.66
(suma)	154	60	51	45	61	60	49	39	24	49		47	595
FILICIDIO	6.89	2.13	2.43	1.27	2.54	1.27	1.13	1.62	1.43	6.70	(19)	6.18	26.91
(suma)	188	66	60	49	78	69	50	54	33	77		77	724
PATRIMONIO	10.44	3.66	3.33	2.72	4.33	3.83	2.67	3	1.83	4.27	—	4.27	40.22
(suma)	255	79	90	47	94	47	42	60	53	248		229	996

RESUMEN

Por tratarse de una gran variedad de datos en los resultados, hay la posibilidad negativa de que escape la imagen general del estudio. Por eso vamos a presentar aquí un resumen general de las diferencias entre los tres grupos. En primer lugar los grupos se diferencian según variables sociales. Las homicidas son primordialmente gente del campo. Más de una mitad son agricultoras que provienen de pueblitos del departamento de Cajamarca. De los tres grupos, las homicidas tienen un nivel socio-económico y categoría intelectual más baja, así como un nivel de instrucción menos elevado. Igualmente es un grupo de un promedio de edad más maduro que las de los otros grupos. El delito que han cometido tiende a ser el primero y hay más parientes entre sus víctimas que en otros grupos.

En contraste las filicidas son más frecuentemente domésticas que viven y cometen su crimen en Lima, gran proporción de éllas han nacido en las provincias y han emigrado a Lima. Así mismo son más jóvenes que las homicidas y tienden a escoger como sus víctimas más hijos varones que hijas mujeres.

Finalmente, en el grupo de las mujeres comprendidas en el delito contra el patrimonio se presentan en gran porcentaje las nacidas en Lima. Su nivel socio-económico educacional e intelectual es más alto que los de los otros dos grupos. También hay más reincidentes en este grupo y sus víctimas no son parientes. Otro factor social destacante que distingue a este grupo de los otros, es que hasta el 19% son negras y éstas en su totalidad están comprendidas en el delito contra el patrimonio.

Con respecto a los aspectos de las motivaciones de las homicidas, se puede decir en primer lugar que hay gran proporción de mujeres con patología psíquica. Este hecho está comprobado, tanto por la estimación efectuada basada en los datos de la entrevista, como también por las calificaciones del Cornell Medical Index FN2, además este hecho está comprobado por los datos que indican que hasta el 47% de las homicidas han respondido afirmativamente a la pregunta específica Nº 33 del Cornell Medical Index FN2: "¿Ha estado Ud. alguna vez hospitalizado en alguna clínica para enfermos mentales?". En segundo lugar, un gran número de homicidas presentan las características motivacional de haber tenido conmflictos severos en su vida conyugal (47%). Es el único grupo que, además, tiene motivaciones de celos. El

33% de este grupo cae en esta categoría. Igualmente este grupo se distingue de los otros en que el 60% de élas han sido influencidas por otros. En el caso de las filicidas el motivo: "conflictos severos con el hombre con quien vivió o vive", era también el más importante; igualmente, un alto porcentaje de este grupo (61%) ha tenido patología psíquica, pero este grupo se distingue de las homicidas por tener menos rasgos de temperamento celotípico y por no estar alentado en la comisión de su delito por otras personas.

El caso típico de este grupo lo constituye la joven provinciana que ha emigrado a la capital y que trabaja como doméstica. Ella llega a vincularse con un hombre del que gesta un hijo, teniendo conflictos severos con éste, los cuales la desesperan. Dado el hecho de su personalidad pre-mórbida élla ya no puede soportar las presiones producidas por la situación en que se halla y resulta filicida.

Las que han cometido el delito contra el patrimonio son un grupo muy distinto de los otros dos grupos. Son gente más de la ciudad que del campo y la más importante motivación es el lucro, al igual que en otros países del mundo. Se distinguen de los otros grupos, también por que aportan mayor porcentaje de reincidencia, son más adictas al alcohol y más frecuentemente se inclinan a la prostitución. En síntesis son más personalidades psicopáticas y ésta conclusión sí, está verificada por la alta tasa de calificación en el área rasgos psicopáticos en el Cornell Medical Index FN2. Además este grupo tiene menor psicopatología psíquica con respecto a psicosis y neurosis en este test.

Los datos con respecto a antecedentes familiares y personales, indican que las homicidas presentan gran porcentaje de padres con personalidades anormales y alcohólicos. Además, han sufrido muchos abandonos y engaños de parte de los hombres con quienes han formado una vida conyugal. Parece que ha sido una repetición de la misma experiencia pedecida en sus relaciones con sus padres a temprana edad.

Finalmente, se puede concluir que las filicidas también han experimentado mucho abandono y engaño en su vida, pero no tan fuertemente como las homicidas. Por lo demás, cualquier sufrimiento a que han sido sometidas de parte de sus familiares o cónyugues, las comprendidas en el delito contra el patrimonio, han sido de una gravedad menor que las de los otros grupos.

Estudiando estas desafortunadas mujeres, lo que nos ha llamado la atención es que todas han provenido de condiciones sociales inade-

cuadas, aunque unos grupos más que otros. Pobreza y falta de educación, abandonos y engaños de parte de padres y de personas a quienes han estado conectadas en vida marital, tal era la vida de la gran mayoría de nuestras reclusas. Psiquiatras y psicólogos que siguen tratando con la delincuencia como fenómeno exclusivamente individual, deben encararse con este hecho.

Por otro lado, por lo menos según nuestros datos, no se puede estar de acuerdo con aquellos sociólogos que suponen que los delincuentes tienen fundamentalmente personalidades normales y solamente cometen sus delitos siguiendo el sentido determinado por pautas sociales. Por ejemplo Clinard escribe en su libro Sociology of Deviant Behavior (10) lo siguiente: "Se supone que el homicidio proviene primeramente de una subcultura de violencia" sin mencionar en toda su apreciación de la literatura sobre delincuencia la posibilidad de determinantes psíquicos. Mientras que en nuestros datos existían en las homicidas y filicidas más patología psíquica que en los casos que han cometido el delito contra el patrimonio y estas últimas habían padecido más patología psicopática. En general todas han tenido bastante patología de una manera u otra.

Asi concluímos que los resultados obtenidos han confirmado las hipótesis con los cuales empezamos esta investigación. Parece que las causas de la delincuencia son multidimensionales. Los datos han indicado grandes diferencias entre los tres grupos de reclusas investigadas, las homicidas, las filicidas y las comprendidas en el delito contra el patrimonio. Tanto en sus características sociales, como en sus rasgos de personalidad.

SUMMARY

This study has three groups, differents from a social point of view. The homicidal groups in formed mainly by farm people and in more than the have are from the province of Cajamarca, in the Andes. This group has a lower socio-economical as well intelectual-educational level. Its age is older, being their crime the first one they commit and, more often, against some of relatives.

There is a second group who kill their children, preferably boys, and who are born in provinces, migrating, later on, to Lima, where they work as servants and are young.

The third group are those who commit a crime against patrimony. Most of them were born at Lima, and have a more higher level from the socio-economical as well intelectual-educational point of view. This group shows a tendency to repeat the crime and in a 19% are negro. In regard to motivation, for the homicide, it is noticed that there is a great proportion of women with gross psychopathology. This is according with the findings during clinical interviews as well in the Cornel Medical Index. The 47% have serious conflictive marital life. It is the only group that shows jelousy in the 33%. About the 60% of them have been influenced by other people.

In the case of those who killed their children the have shown serious difficulties in their past or at present with their partner and in the 61% show gross psychopathology. However, they are less jelous and were not influenced by other people.

The ones who commit crime agains patrimony differ greatly from the other two groups. They live in urban areas, the motivation is money, have the tendency to repeat the crime, are alcohol addicts and are inclined to prostitution. In brief, this group is more clearly psychophatic than neurotic or psychotic.

Regarding family and personal past history, the homicide shows a father with abnormal personality and alcoholic addiction. Her partner has benn a lier and has abandonned her, reactualizing what happen to her with her father, in the past. In less degree, this happen also to the ones who kill their children, and in a more lower depree to the one who attempt against patrimony.

All of the three groups are characterized by poverty, lack of education, abandon and lack of sincerety from their parents as well from those of their marital life.

According with our findings, we can not agree with sociologists as Clinard, who think that delinquents are basically normal people, who commitheir crime because of social reasons.

Our conclusion is that are findings corroborate our working hyphothesis at the time we started this research project. Seems to be that the causes of delinquency are given in many dimentions. On the other hand there are great differences among the three groups of delinquents studied.

BIBLIOGRAFIA

1. WHITE, ROBERT: "The Abnormal Personality". The Ronald Press. New York, N. Y. — 2. MINISTERIO DE JUSTICIA Y CULTO: "Boletín del Instituto de Criminología". Vol. 1, Nº 1 (Diciembre de 1966). Lima-Perú. — 3. VON HENTIG, HANS: "Estudios de Psicología Criminal". Tomo II. El Asesinato. Espasa Calpe S. A. Madrid, 1962. (pág. 30). — 4. MINISTERIO DE JUSTICIA Y CULTO: "Boletín del Instituto de Criminología" (obra citada). — 5. BREARLEY, H. C.: "Homicide in the United States Cchapel". Hill University of North Carolina Press, 1932. — 6. CLINARD, MARSHALL B.: "Sociology of Deviant Behavior". Holt, Rinehart and Winston, Inc. New York. Revised Edition, 1963. — 7. WOLFGANG MARVIN, E.: "Patterns in Criminal Homicide". Philadelphia University of Pennsylvania Press, 1958 (p. 178). — 8. SUTHERLAND, EDWIN H.: "The Sexual Psycopath Laws. Journal of Criminal Law and Criminology, 40: 543-534 (January-February, 1950). — 9. BATALLANOS MONZON E.: "Relación entre Nivel Intelectual y Delito". (Tesis de Bachiller en Psicología - Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú, 1966 (pág. 52). — 10. CLINARD MARSHALL, B.: (Obra citada - p. 255).

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LA CORDOTOMIA ANTEROLATERAL A NIVEL CERVICAL

RODOLFO LANDA C. * JESÚS HIROMOTO H. **

INTRODUCCION

Numerosas son las contribuciones de los Neurocirujanos (29) para aliviar el dolor por medio de sus técnicas. Víctor Horsley (1891), al practicar una neurotomía retrogaseriana es, probablemente, el pionero en esta cirugía. Debe considerarse a Hartley y Krause (1893), en Alemania, así como a Frasier en Filadelfia, como los seguidores más inmediatos. Es necesario recordar, que la primera rizotomía es atribuida a Abbe (1911), y que Martín a base de los descubrimientos de Spiller (1905), es el primero que practica una cordotomía satisfactoria. El tratamiento del dolor por medios quirúrgicos, recibe una importante contribución, cuando introduce la cirugía sobre el sistema simpático propiciada por Francois Frank y Jonesco (1916) y especialmente por Leriche (1913).

Las contribuciones de Watts, Poppen, Scarf, Dennis, Lozovic, así como las de Furton y Jacobsen (1935) y las del genial Egaz Moniz, son intentos para solucionar, con operaciones sobre el cerebro, los problemas del dolor intratable; lo son también las topectomías, leucotomías subcorticales, las singulectomías que han ideado y desarrollado Walker, Laurence, Pool Jacquie, Le Bau, Scoville, Gutiérrez, Mahoney, Granthan, Carrillo, Rocca (21).

---

* Profesor Asociado de Neurología de la Facultad de Medicina U.N.M.S.M. Jefe del Departamento de Neurocirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

** Residente del Departamento de Neurocirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

De los métodos quirúrgicos, las cordotomías anterolaterales, son probablemente las que más se han empleado.

Las observaciones de Spiller (1905) citado por Taren (27), sobre un paciente con tuberculosis, que perdió la sensibilidad dolorosa y térmica, pero conservaba las otras funciones medulares, en el que, en la necropsia se hallaron tuberculomas en los cordones anterolaterales, lo llevaron a la convicción de que por ellos pasaban las vías conductoras de la sensibilidad dolorosa y térmica; indujeron a Martín (26) (1911) a realizar una cordotomía que fue coronada con éxito. Desde entonces muchísimas son las comunicaciones que existen sobre este punto.

Entre éstas podemos referir las de Roumac en 1953 (23), que presenta 12 casos de cordotomía cervical alta; las de Ogle y col. en 1956 (20) que presentan 81 casos; Clark en 1961 (5) presenta 27 cordotomías practicadas en 26 pacientes. Diemath en 1961 (7) informa sobre una serie de 121 casos; Belnust y col. en 1963 (2) refieren 20 casos de cordotomía cervical.

Las comunicaciones más recientes, como las de Mullan y col. en 1963 (16) sobre 60 cordotomías realizadas en 42 pacientes; la del mismo Mullan y col. en 1965 (17) sobre 59 cordotomías en 47 pacientes; las de Rossomoff y col. en 1966 (22) sobre 100 casos con 154 cordotomías percutáneas, realizadas en 8 meses; corresponden a series practicadas con otras técnicas, como el uso de agujas de estroncio 90, (16); del empleo de lesión electrolítica (17); y otras técnicas percutáneas, (22) (23), que se apartan de las técnicas habituales.

En nuestro medio el primero que realizó una cordotomía fue Dávila (1936), citado por Tidelberg (8); desde entonces son pocas las comunicaciones, sobre cordotomías: Nocito y Nocito del Uruguay (19) en el I Congreso Sudamericano de Neurocirugía (1945), informa sobre 36 casos; Alayza (1) presentó al VII Congreso Nacional de Cirugía (1953), un trabajo sobre 6 casos. Eidelberg (1955) (8) presentó 7 casos de Cordotomías como parte de su tesis de Bachiller en Medicina acerca del dolor en neoplasias avanzadas; igualmente Cabieses y Eidelberg (3) (4) comunican sus resultados sobre el tratamiento del dolor utilizando la cordotomía. Michel Zamora (15), por otro lado, en el X Congreso Peruano de Cirugía (1956) hace una revisión de las técnicas quirúrgicas para el tratamiento del dolor. Recientemente Landa (1966), (14) presentó al I Congreso Nacional de Cancerología una serie sobre 50 casos.

MATERIAL Y METODOS

El material empleado para esta presentación lo forman las historias clínicas de 85 enfermos con Cáncer avanzado e intratable de diversa localización, cuya etiología resumimos en el Cuadro Nº 1, en los cuales se emplearon todos los métodos habituales para el tratamiento y en los que el dolor fue un síntoma que no pudo ser controlado por esos métodos.

Los pacientes fueron operados por diversos Cirujanos de 1952 a Setiembre de 1966, en el Departamento de Neurocirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

CUADRO Nº 1

ETIOLOGIA

Cáncer de cérvix uterino	62 casos
Adenocarcinoma de recto	4 casos
Cáncer del ano	3 casos
Sarcoma de partes blandas	2 casos
Condrosarcoma de la región glútea y pelvis	2 casos
Cáncer de laringe con metástasis	1 caso
Cáncer del pene	1 caso
Cáncer vulvar	1 caso
Adeno carcinoma de páncreas	1 caso
Metástasis ósea de origen no determinado	1 caso
Adenocarcinoma metastásico probablemente de ovario	1 caso
Sarcoma neurogénico presacro	1 caso
Cáncer de próstata	1 caso
Liposarcoma retroperitoneal	1 caso
Cáncer de tiroides	1 caso
Cáncer broncogénico	1 caso
Carcinoma de vejiga	1 caso
	85 casos

SEXO

Mujeres	72 casos
Hombres	13 casos
	85 casos

El estudio de cada paciente comprende una evaluación del estado de la neoplasia, de los tratamientos empleados, hasta antes de haber sido observados por nosotros. Un examen clínico general permitió conocer el estado orgánico actual y de las funciones más importantes, cardiovascular, respiratoria, renal, etc.

Se ha tenido especial cuidado en averiguar en cada caso las características clínicas del dolor, intentando establecer su posible mecanismo. Los pacientes han tenido un detallado examen neurológico y una apreciación clínica del estado psíquico antes de la operación; se han descartado los casos en que los trastornos emocionales eran suficientemente importantes; se han averiguado las condiciones clínicas post-operatorias, haciendo énfasis en los resultados inmediatos sobre el dolor; y las complicaciones inmediatas y tardías, así como se han examinado las alteraciones de la sensibilidad en cada caso, para lo que ha sido necesario practicar exámenes neurológicos seriados. Finalmente se ha considerado una reevaluación integral del paciente, dos meses más tarde en aquellos pacientes que han sobrevivido este lapso.

Los pacientes han sido operados bajo anestesia general; 74 en posición sentada y 11 en decúbito central; 67 han tenido cordotomía anterolateral bilateral, 18 solamente unilateral; 3 pacientes han necesitado dos operaciones; 3 pacientes han recibido alcoholización como medicación complementaria y una fue sometida a leucotomía prefrontal.

La técnica consistió en descubrir la médula por medio de una laminectomía cervical y seccionar, previa rotación de la médula, el cordón anterolateral entre la raíz anterior y el ligamento dentado, utilizando un chuchillo triangular de 4 mm. de longitud.

RESULTADOS

Condiciones pre-operatorias: El dolor: Con excepción de un paciente portador de un carcinoma broncogénico, con dolor en hemitórax izquierdo, la totalidad de los pacientes han presentado dolor por debajo del décimo segmento dorsal; lo hemos considerado derecho, izquierdo o bilateral, según su localización preferente, lo que mostramos en el Cuadro Nº 2.

El dolor preferentemente bilateral, ha sido aquel que inicialmente comprometía estructuras de la línea media y que, cuando se hizo intratable abarcaba ambos lados, por eso llamamos dolor bilateral al que comprometía los genitales externos, el periné, el recto, la cara in-

terna de ambos muslos, ambos glúteos, ambas fosas iliacas, ambos trocanteres. En varias oportunidades este dolor pese a ser en ambos lados, era más intenso en uno de ellos. Este tipo de dolor se presentó en 29 casos (34.1%) que puede ser aumentado a 43 (50.5%), si consideramos 14 casos de dolor unilateral (9 izquierdos y 5 derechos), que tuvieron propagación suficientemente importante hacia la línea media.

Dolor de localización preferentemente en el lado izquierdo, lo presentaron el mayor número de casos, 36 (42.3%), pero en 9 de estos el dolor sobrepasaba la línea media, de modo que consideramos que únicamente 27 pacientes eran portadores de dolor estrictamente localizado en el lado izquierdo; este dolor ha comprometido las regiones proximales del miembro inferior, el muslo, la articulación socroiliaca, la pelvis izquierda y más rara vez solamente la pierna o el pie, pero en la casi totalidad de los casos hubo dolor irradiado a todo el miembro inferior. Un solo caso comprometía el hemitórax izquierdo. En 20 pacientes (23.5%), el dolor ha tenido preferente localización, en el lado derecho; pero en 5 ha pasado la línea media, de modo que sólo 15 casos han tenido dolor localizado exclusivamente en el lado derecho.

Como en el lado izquierdo, las regiones proximales del miembro inferior derecho, fueron las más afectadas.

Los pacientes han definido su dolor de muy diversa manera, más del 30% lo ha descrito simplemente como permanente, sin agregar ningún otro carácter. La descripción en otros casos ha sido como sensación de ardor, quemante, tenebrante, hincada, pungitivo, punzada, severo, lacinante, golpe, tironeamiento, hormigueo doloroso, intenso con ex-

CUADRO Nº 2

LOCALIZACION DEL DOLOR

Bilateral		29 casos (34.1%)
Izquierda		36 casos (42.3%)
— Exclusivamente izquierda	27	
— Con irradiación al otro lado	9	
Derecha		20 casos (23.5%)
— Exclusivamente derecho	15	
— Con irradiación al otro lado	5	
		85 casos 100.%

acervaciones paroxísticas. En algunos otros casos, la descripción del síntoma ha tenido otras matices; así una enferma lo describió como "un adormecimiento doloroso permanente de la carne" otra "como calor o frío que se localizaba en el hueso"; otro paciente decía "como punzazadas intermitentes"; tirantez con crisis de aumento de la misma, dos describieron como arrancamiento del miembro; y otra casi como si permanentemente le arrancaran el tobillo. En una paciente el dolor fue claramente definido como doble, por una parte dolor profundo y desgarrante del muslo y por otro superficial y quemante, ambas modalidades que las diferenciaba bien se presentaban simultáneamente. Otro paciente relataba su dolor como sensación permanente de tener fracturados los huesos; otro lo refería como un pasaje constante de corriente eléctrica, otra lo refería como dolor de parto y alguién lo asimilaba a retortijones en el hipogastrio.

En todos los casos no se ha podido establecer inequivocamente cuanto tiempo ha durado el dolor desde el inicio, hasta el momento de hacerse incontrolable. Como promedio han transcurrido 12 meses, y 36 días, desde el momento en que se hizo el diagnóstico de cáncer, hasta el momento en que el dolor se consideró no controlable. En esta cifra deben considerarse 7 pacientes (8.2%) que han concurrido al hospital por el dolor y que el diagnóstico de neoplasia ha coincidido con el diagnóstico de dolor intratable. Estos corresponden a 4 casos con neoplasia de cuello de útero, 2 de carcinoma de recto y 1 de páncreas.

En general la historia de dolor se refiere a un inicio incidioso de curso progresivo, que se acelera en las últimas etapas, en la que por lo general los pacientes recurren a los analgésicos en forma incontrolada; a juzgar por estos datos, el dolor intratable tiene, en nuestros casos una duración promedio de 60 días.

En el pre-operatorio de todos estos pacientes, se ha procurado en un corto tiempo de 3 a 5 días, averiguar en forma directa el efecto de los analgésicos, para lo que ha sido de gran utilidad la llamada hoja de dolor.

En la mayor parte de los pacientes, el movimiento ha sido un estímulo muy poderoso, para que la intensidad del dolor aumentara; esta circunstancia ha hecho que la mayoría de los pacientes no deambulen. Puede considerarse que la triple flexión del miembro adolorido ha sido la posición antálgica preferida. Por lo menos una paciente permaneció constantemente sentada, durmiendo en esa posición, que era

la única que le permitía algún alivio. La defecación ha sido, en los casos de compromiso de la región perineal un factor importante para que el dolor se exacerbase; el edema de los miembros inferiores aumentaba frecuentemente el dolor; muchos enfermos han referido que la exposición al frío era un factor que exacerbaba el síntoma.

Otras condiciones: La totalidad de los pacientes presentados han sido portadores de neoplasia avanzada de localización diversa, como hemos señalado en el Cuadro Nº 1. Desde el punto de vista preoperatorio han sido catalogados entre los grados III y IV; atendiendo al compromiso del estado general y el de la anemia crónica, y el compromiso de las funciones cardiorespiratorias. Entre los pacientes portadores de neoplasia de cérvix, se comprobó que cerca del 35%, presentaban compromiso del sistema excretor de la orina, por tener un riñón excluído, o seriamente comprometido con hidronefrosis avanzada. En algunos pacientes se halló insuficiente capacidad pulmonar. Las investigaciones radiográficas, en relación a la enfermedad neoplásica, mostró la existencia de metástasis óseas, particularmente en la pelvis y en los miembros inferiores, que en alguna forma se consideraron como una de las causas de dolor no controlable.

Todos los pacientes han tenido una evaluación neurológica previa a la cordotomía, examen fundamental para la evaluación de los resultados de la operación. Especial énfasis se ha puesto en la valoración de las alteraciones objetivas de la sensibilidad dolorosa, que en general ha sido poco satisfactoria, ya que el dolor, en muchos casos, ha impedido una valoración completa y definitiva.

Ninguno de los 85 casos examinados (Cuadro Nº 3) ha presentado alteraciones de los pares craneales. Se ha considrado que en 14 casos las condiciones psíquicas no fueron adecuados, por haberse encontrado alguna forma de alteración, estados angustiosos, intranquilidad, irritabilidad, depresión, actitud querellante, comportamiento pueril. En 3 pacientes se encontró un grado más o menos pronunciado de adicción a las drogas; los tres por un tiempo más o menos largo recibieron Demerol, como medicación analgésica. En ninguno de estos casos el trastorno psíquico o la adicción se consideró suficiente como para contraindicar la operación.

Cincuentaicinco pacientes han presentado compromiso del sistema motor, considerando como alteración principal la impotencia funcional y la actitud antálgica ocasionados por el dolor.

Otros aspectos del examen del sistema motor, como disminución de fuerzas, la alteración del tono muscular y algunas modificaciones tróficas, nos han hecho considerar que sólo el 35.2% de los pacientes eran normales desde este punto de vista.

La función refleja fue también avaluada; hallamos que 44 pacientes tuvieron alguna alteración, cuya interpretación es diversa y muy diferente en cada caso.

Las alteraciones objetivas de la sensibilidad han sido especialmente investigadas, tanto con el fin de evaluar los resultados de la cordotomía, cuanto por averiguar la posible causa del dolor; que en muchos casos se ha considerado como ocasionado por infiltración de la neoplasia sobre las estructuras neurológicas periféricas. En 28 pacientes se hallaron alteraciones sensitivas objetivas de alguna significación, que han consistido especialmente en hiperestesia cutánea, en la zona del dolor o hipoalgesia radicular; hallazgos que han sido tomados en cuenta al momento de valorar las alteraciones inducidas por la cordotomía.

Especial cuidado se ha puesto en la evaluación de la función esfinteriana en el preoperatorio; la función esfinteriana vesical era normal en 73 casos y 12 tenían alguna forma de alteración, en 4 había retención y en 8 incontinencia.

CUADRO Nº 3

EXAMEN NEUROLOGICO

PREOPERATORIO

ALTERACIONES	NORMAL		COMPROMETIDO	
PSIQUISMO	71	83.5 %	14	16.5 %
SISTEMA MOTOR	30	35.2 %	55	64.8 %
SISTEMA SENSITIVO	57	67.0 %	28	33.0 %
FUNCION REFLEJA	41	48.3 %	44	51.7 %
ESFINTERES	73	85.8 %	12	14.2 %
PARES CRANEALES	85	100.0 %	0	0.0 %

HALLAZGOS POST-OPERATORIOS

Modificación de la sensibilidad.— Las modificaciones post-operatorias de la sensibilidad, han sido estudiadas con exámenes repetidos, mientras los pacientes han estado bajo nuestra observación directa.

Solamente vamos a exponer los hallazgos sobre la sensibilidad dolorosa; empleando el término de analgesia cuando ésta se ha perdido totalmente y el de hipoalgesia cuando la sensibilidad está disminuida. Al referirnos a los trastornos, hablamos frecuentemente de niveles comprendiendo con este término, tanto el segmento medular en el que se ha efectuado el corte, cuanto el correspondiente corporal, en el que hallamos la alteración sensitiva. Para abreviar, los segmentos cervicales los designamos con la letra "C", los torácicos dorsales con la letra "T", los lumbares con 'L" y los sacros con "S"; el lado derecho se señala con la letra (d) y el izquierdo con la (i).

El Cuadro Nº 4 resume el número de cordotomías efectuadas y el número de cortes practicados. Se practicaron 67 cordotomías bilaterales y 18 unilaterales, con un total de 152 cortes; 74 en el lado derecho y 78 en el lado izquierdo. Ciento treintiséis cortes dieron alteración sensitiva, 16 casos no mostraron cambios sensitivos objetivos.

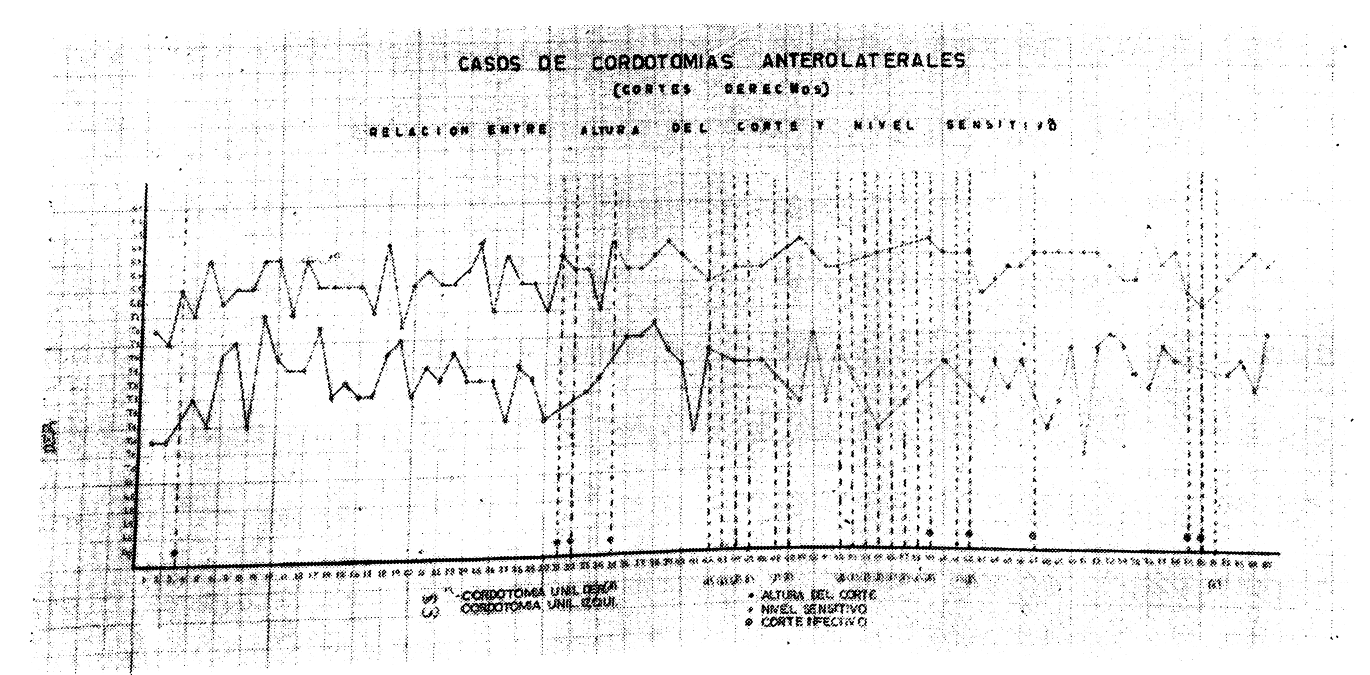
Los niveles a los que se han practicado los cortes se esquematizan en la gráfica Nº 1 para los cortes derechos, con su correspondiente alteración sensitiva en el lado izquierdo; y en la Nº 2 para los cortes en el lado izquierdo, con su correspondiente alteración de la sensibilidad en el lado derecho. Como se observa, los cortes se han efectuado a diferentes niveles. En las cordotomías bilaterales el corte con nivel más alto, corespondió al lado contrario en que había dolor más intenso.

En los 67 casos de cordotomías bilaterales, la separación entre corte y corte ha sido de 2 segmentos medulares en 30 casos, de 3 en 10, de 4 en 2, y de 1 en 25 casos. (Cuadro Nº 5).

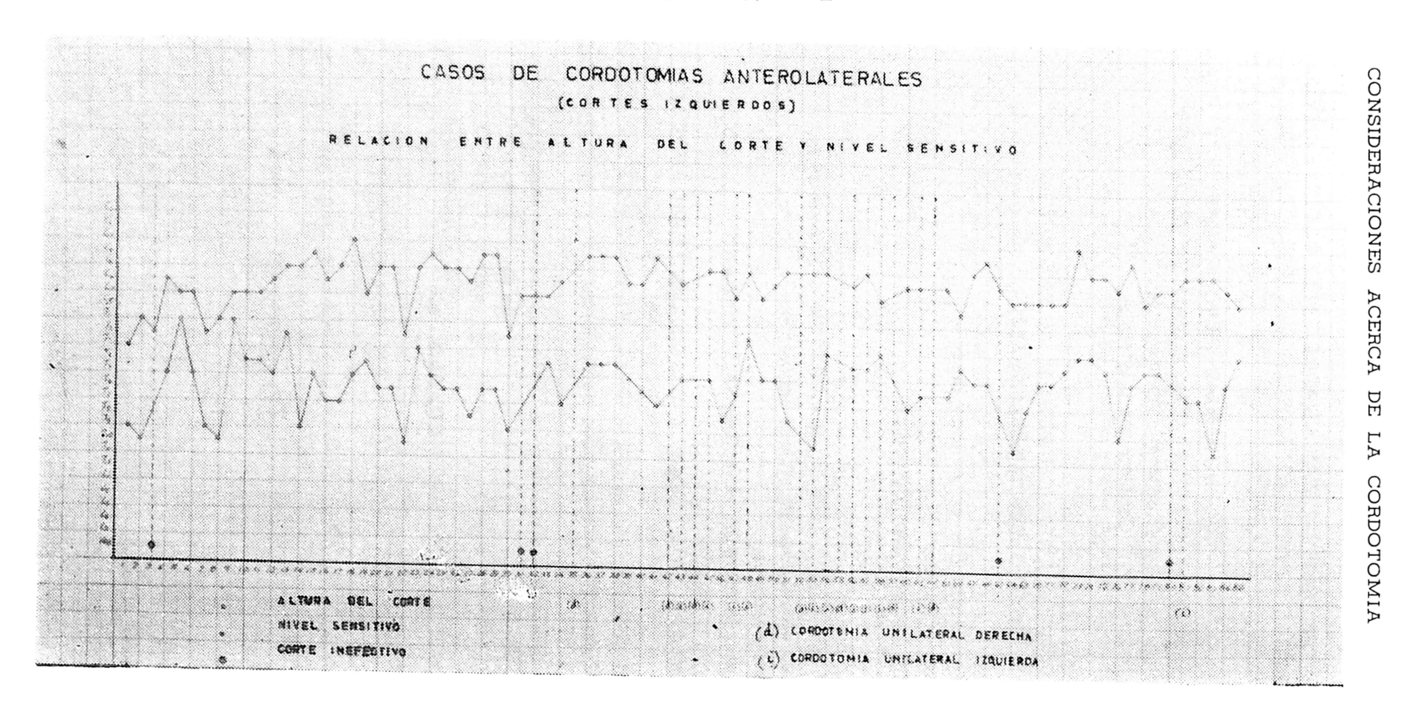
En el Cuadro Nº 6 se resumen el número de cortes efectuados a cada nivel medular; se advierte que los niveles en los que se efectuó el mayor número de cortes han sido C7 y C5 en el lado derecho y C5 en el lado izquierdo. El menor número de cortes se ha efectuado en los segmentos C3 y T3 en el lado derecho y T3 en el lado izquierdo.

Se especifica en el Cuadro Nº 6 que de 74 cortes en el lado derecho, 10 no han dado alteración sensitiva; hallando que la alteración ha estado a un promedio de 7,7 segmentos medulares por debajo del

GRAFICA Nº 1


CASOS DE CORDOTOMIAS ANTEROLATERALES
(CORTES DERECHOS)
RELACION ENTRE ALTURA DEL CORTE Y NIVEL SENSITIVO
CORDOTOMIA UNIL DERCH
CORDOTOMIA UNIL IZQUI
ALTURA DEL CORTE
NIVEL SENSITIVO
CORTE EFECTIVO

GRAFICA Nº 2


CASOS DE CORDOTOMIAS ANTEROLATERALES
(CORTES IZQUIERDOS)
RELACION ENTRE ALTURA DEL CORTE Y NIVEL SENSITIVO
ALTURA DEL CORTE
NIVEL SENSITIVO
CORTE INEFECTIVO
(d) CORDOTOMIA UNILATERAL DERECHA
(i) CORDOTOMIA UNILATERAL IZQUIERDA

CUADRO Nº 4

CORDOTOMIAS PRACTICADAS:		85
Cordotomías unilaterales:		18
Cordotomías bilaterales:		67
CORTES EFECTUADOS:		152
Cortes efectuados en el lado derecho:		74
Cortes efectivos:	65	
Cortes considerados defectuosos:	9	
Cortes efectuados en el lado izquierdo:		78
Cortes efectivos:	73	
Cortes considerados defectuosos:	5	
Total de cortes efectivos:		138
Total de cortes considerados defectuosos:		14

CUADRO Nº 5

SEPARACION ENTRE LOS CORTES

30	casos	2	segmentos	medulares
25	,,	1	,,	,,
10	,,	3	,,	,,
2	,,	4	,,	,,
67	casos			

corte; este número ha variado según el segmento medular cortado. Los cortes en C4 han sido los que han mostrado un mayor número de segmentos indemnes por debajo del corte. Los cortes efectuados en T2 han mostrado el menor número de segmentos sin alteración sensitiva (desde el corte, hasta el nivel de la alteración detectada por el examen); se advierte también, que los cortes en C5 son los que más veces, se han mostrado ineficaces para dar una alteración sensitiva objetiva, con nivel demostrable.

De los 78 cortes efectuados en el lado izquierdo (Cuadro Nº 6), 6 no han dado un trastorno sensitivo objetivo; y hemos hallado que la alteración sensitiva se ha encontrado a un promedio de 7.7 segmentos por debajo del nivel del corte en la médula. Como en el lado derecho, el nivel de alteración sensitiva se ha encontrado a diferentes niveles por debajo del corte. Los cortes en C3 son los que han mostrado mayor número de segmentos indemnes. Los cortes en C8 son los que han producido un nivel de alteración sensitiva más alto. En este lado han resultado ineficaces los cortes efectuados en C6,C7 y T2.

CUADRO Nº 6

RELACION ENTRE EL NIVEL DEL CORTE Y NIVEL DE ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD

LADO DERECHO				LADO IZQUIERDO			
Nivel	**Cortes**	**Alterac. de sensibilidad niv. por dbj.**	**Cortes sin alteración**	**Nivel**	**Cortes**	**Alterac. de sensibilidad niv. por dbj.**	**Cortes sin alteración**
C—3	1	—	1	C—3	2	9.5	—
C—4	6	9.6	1	C—4	9	9.0	—
C—5	19	9.0	3	C—5	21	8.8	—
C—6	17	7.1	1	C—6	18	8.0	3
C—7	19	7.2	1	C—7	19	5.8	2
C—8	2	8.2	1	C—8	2	4.0	—
T—1	7	5.4	2	T—1	2	9.0	—
T—2	2	4.5	—	T—2	4	7.3	1
T—3	1	9.0	—	T—3	1	6.0	—
	74	7.7	10		78	7.7	6

CUADRO Nº 7

ALTERACIONES DE LA SENSIBILIDAD
RESULTADOS GENERALES 85 CASOS

	Nº casos	%	Cortes	%
A. Alteraciones estables de la Sensibilidad	56	65.8	98	64.47
B. Alteraciones inestables de la Sensibilidad	21	24.7	41	26.98
C. No se alteró la Sensibilidad por efecto de la cordotomía	8	9.5	13	8.55
	85	100.00%	152	100.00%

NOTA.— Sólo se ha considerado la sensibilidad dolorosa, no así la sensibilidad térmica, que también va por la haz espinotalámico.
Este cuadro se presenta con mayor detalle en los Nos. 8, 9 y 10.

Es preciso señalar que los cortes que se han considerado ineficaces, coresponden a pacientes en los que la cordotomía bilateral fue ineficaz en producir alteraciones objetivas de la sensibilidad, lo que no siempre ha marchado paralelo con el efecto sobre el dolor.

Los resultados de las modificaciones de la sensibilidad dolorosa producidas por la cordotomía en los 85 casos se muestran en el Cuadro Nº 7.

Nos excusamos de presentar los resultados de otras modalidades de la sensibilidad, advirtiendo únicamente que en ninguno de los casos estudiados se han hallado modificaciones de la sensibilidad profunda que puedan atribuirse directamente a la cordotomía.

En general hemos hallado 3 tipos de alteración de la sensibilidad dolorosa por debajo del corte:

(1) La alteración de la sensibilidad fue estable durante el tiempo de observación.
(2) La alteración provocada fue inestable; los hallazgos iniciales se modificaron en alguna forma.
(3) La sensibilidad objetiva no se modificó por efecto de la cordotomía.

A.— ALTERACIONES ESTABLES DE LA SENSIBILIDAD.

A este grupo pertenecen los resultados obtenidos en 56 casos, es decir 65.8% de los estudiados; estos casos pertenecen a 98 cortes, es decir al 64.47% de los cortes efectuados, que corresponden a 14 cordotomías unilaterales y a 42 bilaterales.

Estas alteraciones estables, han tenido una distribución simétrica en 48 casos, considerando entre estos, 14 casos con cordotomía unilateral, donde el resultado no puede considerarse simétrico, pero lo estable del cambio nos permite incluirlos en este acápite. En 8 casos, la alteración ha sido estable, pero de distribución asimétrica.

El Cuadro Nº 8, resume los hallazgos estables que pueden dividirse en los siguientes grupos con distribución simétrica: a) Analgesia con límite estable; b) Zona de hipoalgesia que corona otra zona de analgesia, c) Zona de hipoalgesia y d) Una zona de hiperalgesia sobre puesta a una de analgesia; y un grupo con alteraciones estables y asimétricas de la sensibilidad.

a) Analgesia con límite estable.— Se encontró un nivel simétrico y bilateral en 28 casos (8 fueron cordotomías unilaterales que por presentar analgesia de nivel permanente, la incluimos en este acápite).

CUADRO Nº 8

A. ALTERACIONES ESTABLES DE LA SENSIBILIDAD

I. CON DISTRIBUCION SIMETRICA				
a.—Analgesia de límite estable:	Cord. Unilaterales	8		
	Cord. Bilaterales	20	28	casos
b.—Hipoalgesia que corona zona de analgesia estable:	Cord. Unilaterales	6		
	Cord. Bilaterales	8	14	casos
c.—Hipoalgesia con límite estable:	Cord. Unilaterales	0		
	Cord. Bilaterales	5	5	casos
d.—Hiperalgesia que corona zona de analgesia estable:	Cord. Unilaterales	0		
	Cord. Bilaterales	1	1	caso
II. CON DISTRIBUCION ASIMETRICA				
e.—Alteración estable de la sensibilidad con distribución asimétrica:			8	casos
			56	casos

CUADRO Nº 9

B. ALTERACIONES INESTABLES DE LOS CAMBIOS DE LA SENSIBILIDAD

	(21 casos)			
a.—Descenso del nivel sin cambio de la modalidad	Cord. Unilaterales	0		
	Cord. Bilaterales	11	11	casos
b.—Descenso del nivel con cambio de la modalidad	Cord. Unilaterales	0		
	Cord. Bilaterales	4	4	casos
c.—Ascenso del nivel sin cambio de la modalidad	Cord. Unilaterales	0		
	Cord. Bilaterales	2	2	casos
d.—Ascenso del nivel con cambio de la modalidad	Cord. Unilaterales	1		
	Cord. Bilaterales	1	2	casos
e.—Cambio de la modalidad sin alteración del nivel	Cord. Unilaterales	0		
	Cord. Bilaterales	2	2	casos
			21	casos

CUADRO Nº 10

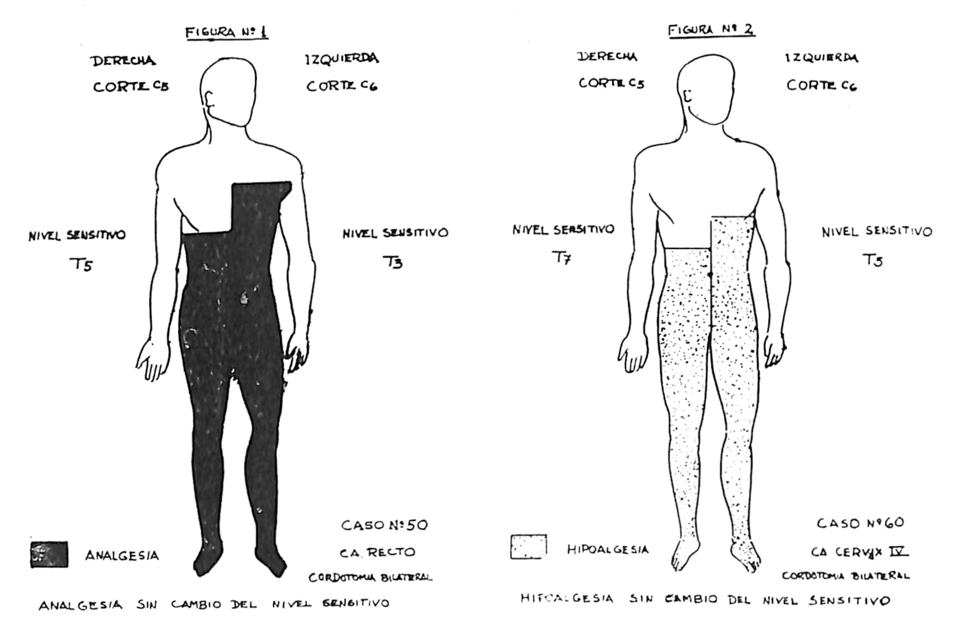
C. NO SE ALTERO LA SENSIBILIDAD POR EFECTO DE LA CORDOTOMIA

	(8 casos)			
No se altero la sensibilidad	Cord. Unilaterales	3		
	Cord. Bilaterales	5	8	casos
			8	casos

La analgesia simétrica estaba distribuída con una diferencia de un segmento entre uno y otro lado en 9 casos; de 2 segmentos en 7 casos y ocupaban el mismo segmento en ambos lados en 4 casos. No hemos hallado una estrecha relación entre la diferencia del nivel del corte y el desnivel sensitivo obtenido, pues diferencias objetivas de alteración de la sensibilidad de uno y dos niveles, los hemos obtenido con cortes que diferían en altura 1, 2, 3 y hasta 4 segmentos cervicales. Podemos señalar que de los 4 casos en que los niveles fueron iguales, hubo una diferencia en la altura del corte de 2 segmentos cervicales en 2 casos y de uno en los otros dos. Agregamos que en todos los casos con desnivel objetivo, el nivel más alto correspondió al lado contralateral donde se efectuó el corte más alto en la médula. (Fig. Nº 1).

Considerando los 28 casos en relación a la supresion del dolor, observamos que sólo en 2 el dolor primario no fue completamente mitigado y requirieron analgésicos complementarios; 25 casos fueron in-

mediatamente aliviados del dolor y uno sólo, el que no tenía nivel sensitivo (cordotomía C5 (d) C7 (i)), pese a una reintervención en el mismo nivel, permaneció con dolor incontrolable hasta la muerte acaecida 87 días después de la cordotomía.



La valoración de estos pacientes, 2 meses más tarde nos permiten señalar que las condiciones de la sensibilidad no se habían alterado hasta el momento de la observación. De los 2 pacientes en los que no se controló el dolor, uno no requería analgésicos a los 2 meses, pero 32 días después de operada presentó una paraplejía superficial, con parcial retensión de la transmisión de la sensibilidad profunda; la cordotomía fue practicada en C7 (d) T2 (i). La otra paciente quedo con dolor residual fácilmente controlado por analgésicos y falleció 66 días después de operada. De los 26 pacientes restantes, en los que el dolor fue controlado de inmediato, en 3, dos meses más tarde fue necesario utilizar analgésicos complementarios, en uno con cordotomía unilateral derecha (C7), por haber aparecido sensación de ardor en el miembro inferior izquierdo y en otro con cordotomía bilateral C5 (i) C6 (d), que murió 32 días después de la intervención, debido a que acusaba, sobre las zonas analgésicas, una sensación desagradable, no definible, más marcada cuando había rozamientos; en el tercero una cordotomía prac-

ticada por un sarcoma neurogénico presacro C7 (i), C6 (d), por haber aparecido dolor como calambre en el miembro inferior derecho. Tres de los 23 pacientes restantes murieron antes de los 2 meses, sin modificaciones en los trastornos de la sensibilidad y con control adecuado del dolor; 6 enfermas fueron perdidas de vista antes de los 2 meses, no constatamos modificaciones del nivel, ni de la modalidad sensitiva, no acusaban dolor; 14 pacientes controladas 2 meses después no tenían dolor y no hubo modificación, ni en el nivel, ni en la función sensitiva ocasionada por la cordotomía.

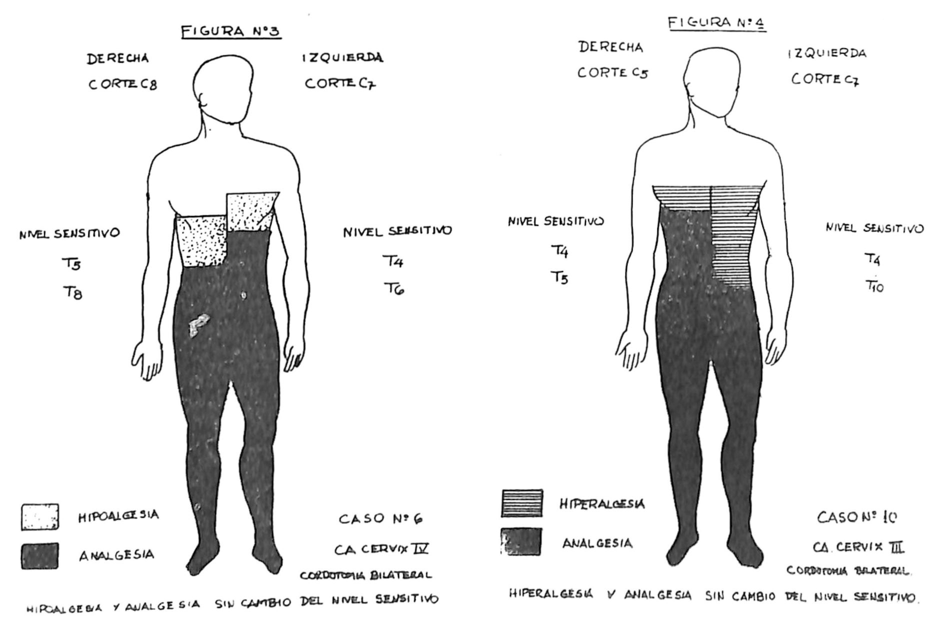
b) Zonas de hipoalgesia y analgesia.— Catorce pacientes presentaron un nivel estable de alteración de la sensibilidad, pero se detectó que la modificación, siendo simétrica, difería en nivel y no era uniforme, sino que por encima de una zona de analgesia, había una de hipoalgesia. Sesis cordotomías fueron unilaterales: 5 practicadas en el lado izquierdo; (3 a nivel de C5, uno a nivel de C6 y una a nivel de C7) y una practicada en el lado derecho(C7).

La zona de hipoalgesia, en 2 de las cordotomías izquierdas practicadas a nivel de C5, fue de 2 segmentos, en una de T8 a T10 y en la otra de T4 a T6; en la tercera la zona de hipoalgesia fue de 4 segmentos T2-T6); también con las cortodotomías practicadas a nivel de C7 y C6 las zonas de hipoalgesia fueron de 2 segmentos (T6-T8 y T6-T8), respectivamente. En la cordotomía unilateral derecha practicada en C7, la zona de hipoalgesia abarcaba 9 segmentos medulares (T3-T12).

En los 6 casos el dolor primitivo fue inmediatamente controlado. Una paciente portadora de cáncer de cuello uterino, murió antes de los 2 meses; otro requería analgesia complementaria, 7 meses más tarde por haber presentado una metástasis en el fémur que no fue hallada antes de la cordotomía; otro paciente con cáncer del ano y metástasis en la columna lumbar L1 y L2, no requirió analgésicos, pero acusaba hormigueo en el miembro inferior derecho; un cuarto paciente con un liposarcoma retroperitoneal, no tenía dolor a los 2 meses de observación; el quinto paciente con cáncer de ano no presentaba dolor, pero a los 3 meses tuvo un cuadro confusional con déficit motor del hemicuerpo derecho que no pudo atribuirse a la cordotomía que fue practicada en el lado izquerdo a nivel de C6; la última paciente portadora de un cáncer del cuello uterino, permaneció sin dolor a los dos meses de observación.

Los 8 restantes casos de este grupo, han sido cordotomías bilaterales efectuadas a diversos niveles cervicales. En todos, se ha ha-

llado una zona de hipoalgesia que corona otra más o menos extensa de analgesia. La longitud y nivel de la zona de hipoalgesia son variables, así en 2 casos ha tenido una extensión de un segmento; en un caso de 2 segmentos; en uno de cuatro segmentos; en 4 casos hubo desnivel superior de la hipoalgesia; que guardaba relación con el desnivel de analgesia que también existía en estos casos, en los que, además, hay que mencionar que no siempre la extensión de la hipoalgesia ha sido igual en longitud de segmentos en cada lado del cuerpo (Fig. Nº 3). En cuatro casos el nivel superior de la hipoalgesia alcanzaba el mismo nivel en ambas mitades del cuerpo; en estos mismos 4 casos el nivel de la analgesia fue simétrico, en el sentido de que en ambas mitades del cuerpo comenzaba a un mismo nivel. En estos 8 pacientes el dolor fue inmediatamente controlado por la cordotomía y ninguno presentó dolor a los 2 meses, del control.



c) Solamente se halló hipoalgesia.— En 5 de los casos estudiados que corespondieron todos a cordotomías bilaterales, se halló hipoalgesia simétrica sin zonas analgésicas; en 2 casos los niveles de la hipoalgesia tenían una diferencia de 2 segmentos (Fig. 2), en 2 la diferencia fue de 3 segmentos y el quinto caso la hipoalgesia comenzaba en el mismo nivel en ambas mitades del cuerpo, en 2 casos la diferen-

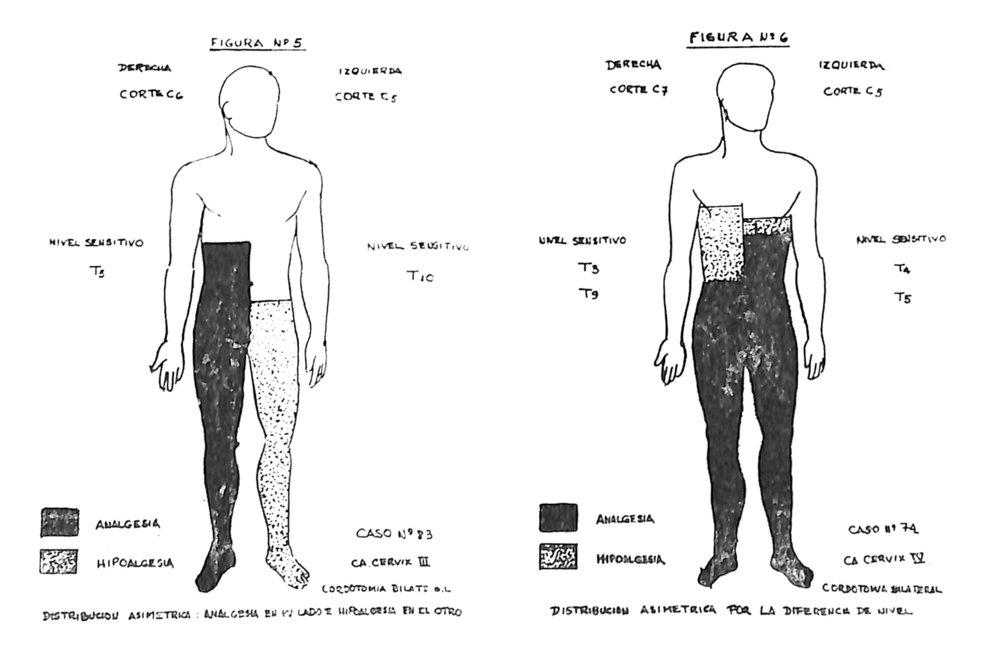
cia del corte fue de 2 segmentos (C4-C6) y en los otros 3 de un segmento.

En 2 de estos casos no se controló el dolor primitivo en forma inmediata; en uno, el dolor primitivo localizado en el miembro izquierdo, fue tratado por alcoholización; murió 52 días después de la cordotomía por efecto de su enfermedad, con molestias abdominales que en alguna forma fueron vinculadas con la alcoholización; y en el otro caso que concurrió por dolor en el periné, genitales externos, porción anterior e interna de ambos muslos y ambas regiones inguinales, quedó con dolor residual inmediato en la región inguinal; dos meses más tarde, este dolor había desaparecido, las condiciones de la sensibilidad no habían cambiado y 2 años y 7 meses más tarde no había dolor espontáneo, pero sí se le despertaba al examinar los parametrios, se comprobó invasión de la neoplasia en ambos huesos ilíacos. En los 3 casos restantes; 2 correspondientes a neoplasias del cérvix y uno a un mixocondrosarcoma de la pelvis, el dolor fue controlado de inmediato.

d) Zona de hiperalgesia y analgesia.— Solamente un caso, por encima del nivel de analgesia, se halló una zona de hiperalgesia, ésta era bilateral, de un lado abarcaba 6 segmentos por encima de la analgesia y uno en el otro. El dolor inicial fue controlado con este resultado, y un control después de dos meses no mostró cambios en el trastorno sensitivo; la paciente se acostumbró a la alteración sensitiva; fue perdida de vista 8 meses después de operada. (Fig. Nº 4).

c) Alteración estable con distribución asimétrica de los cambios de la sensibilidad.— En todos los casos descritos en los acápites a, b, c y d, los cambios de la sensibilidad provocados por las cordotomías, han tenido el carácter de estables y simétricos, tanto en lo que se refiere al nivel, cuando a la modalidad del cambio. Aquí mencionamos 8 casos en los que el nivel obtenido no se alteró, pero los cambios objetivos no fueron iguales en ambos lados del cuerpo. En uno de los casos, con cordotomía bilateral C6 (i) C8 (d), solamente se obtuvo analgesia con nivel en T5 en el lado derecho, en el lado izquierdo quedó con sensibilidad normal; se trataba de un paciente portador de un carcinoma folicular del tiroides primitivo del lóbulo izquierdo, con dolor a nivel glúteo derecho en la región lumbar con características de ser de tipo ardor; luego de la cordotomía recibió analgésicos complementarios, pues el dolor en el lado derecho, zona de la analgesia no fue suficientemente controlado, se consideró que hubo defecto de técnica operatoria por insuficiente rotación de la médula. En otro caso Fig. Nº 5, con una

cordotomía en C5 (i) C6 (d) en una paciente portadora de carcinoma de cuello uterino, se obtuvo analgesia en el lado derecho con nivel en T5 e hipoalgesia en el lado izquierdo con nivel en T10; el dolor que en este caso comprometía ambas fosas ilíacas era de tipo ardor, fue anulado inmediatamente después de la operación. En un tercer caso una cordotomía C6 - C7 efectuada en una paciente con cáncer de cuello uterino y dolor en la articulación coxo-femoral izquierda y los genitales, se obtuvo analgesia con nivel en T6 en el lado derecho y una zona de hipoalgesia de T8 a L2 que coronaba una de analgesia de L2 para abajo, en el lado izquierdo, el dolor fue mitigado en forma apropiada. En dos casos, un lado del cuerpo mostró hipoalgesia y en otro lado mostró analgesia, ésta última en los dos casos estaba por debajo de una zona de hipoalgesia, que en un caso tenía una extensión de 3 segmentos y en otro de 9 segmentos. En estos dos casos el dolor que obli-



gó a la cordotomía fue mitigado de inmediato; el primero a los 45 días presentó dolor como quemadura en el lado derecho que era precisamente el que mostraba analgesia, razón por la cual requería medicación analgésica complementaria, esta paciente no pudo ser observada por más tiempo, pues se perdió de vista a los 60 días; la otra paciente

portadora de un carcinoma uterino, murió antes de los dos meses, sin presentar dolor.

En dos casos hallamos que solamente era asimétrica, en cuanto la longitud de la zona de hipoalgesia que coronaba la de analgesia, en uno de estos casos en un lado la zona de hipoalgesia era de 8 segmentos y en el otro de sólo 2; en el otro caso con una cordotomía en C5 (i) y C7 (d), en el lado izquierdo se halló la zona de hipoalgesia en una longitud de un segmento y en el lado derecho esta zona abarcaba 6 segmentos (Fig. 6). Estos dos últimos casos podrían incluirse entre los descritos en el acápite b), pero la enorme diferencia en la longitud de la zona de hipoalgesia nos hace considerarlos como correspondientes a esta sección. En ambos casos, correspondieron a carcinoma del cuello uterino, el dolor fue mitigado inmediatamente, ambos fallecieron sin dolor antes de los dos meses.

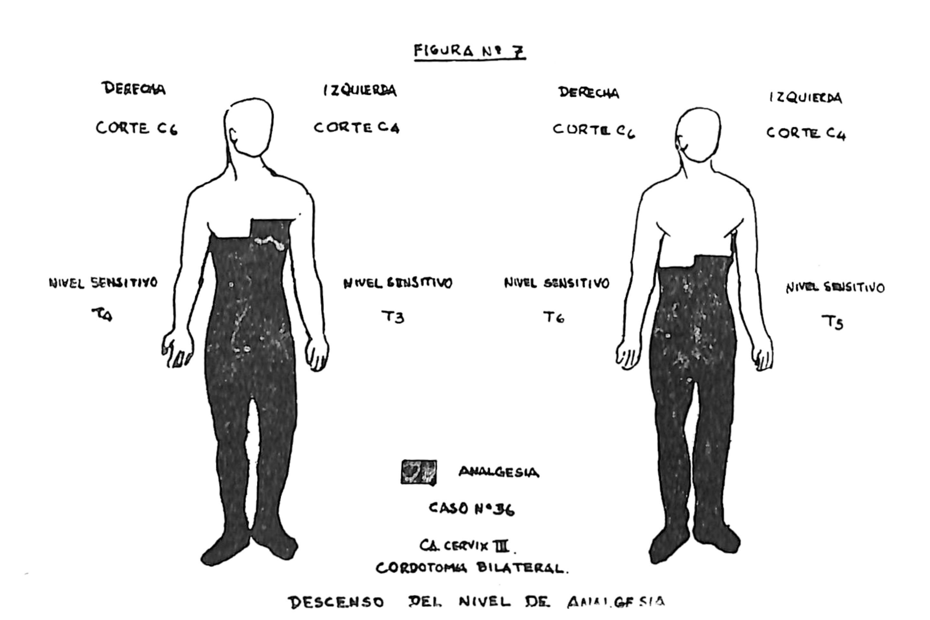
Finalmente en el octavo caso de este grupo, después de una cordotomía C4 (d) - C7 (i), se halló en el lado izquierdo, analgesia con límite en L2 y en el lado derecho una zona de hipoalgesia de T5 a T10, sobre otra de analgesia de T10 para abajo, el dolor no fue controlado en el lado izquierdo, por lo que hubo que reintervenirse, agregó solamente una zona de hipoalgesia en T10 a L2 en el lado izquierdo, resultado que fue suficiente para controlar el dolor; a los dos meses no requería analgésicos y murió 65 días después de la primera intervención.

B.— ALTERACIONES INESTABLES DE LOS CAMBIOS DE LA SENSIBILIDAD

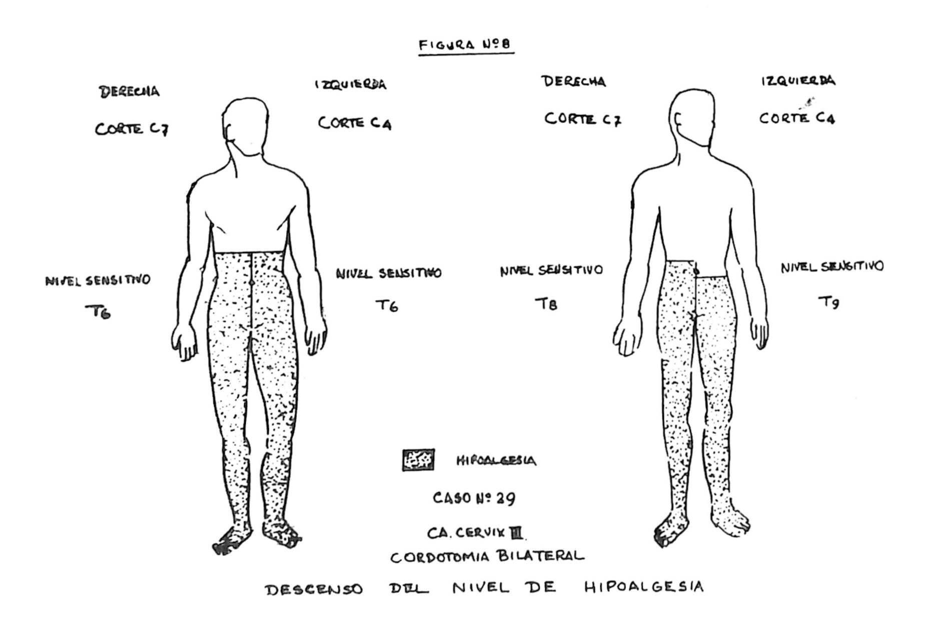
En este acápite se consideran aquellos 21 casos en los que los cambios de la sensibilidad obtenidos después de la cordotomía, se han modificado, ya sea variando el nivel primitivo o cambiando la modalidad, estas alteraciones las hallamos en el 24.7% de los casos y se han obtenido con 41 cortes (26.98% del total de cortes) que corresponden a 20 cordotomías bilaterales y a una unilateral. El cuadro Nº 9 resume los hallazgos de este grupo que pasamos a relatarlos.

a) Descenso del nivel sin cambio de la modalidad primitiva. Consideramos en este grupo a 11 pacientes, en los cuales el nivel del trastorno sensitivo ocasionado inmediatamente después de la cordotomía, descendió, pero permaneció estable la modalidad obtenida.

En 8 pacientes la modalidad primitivamente obtenida fue una analgesia (Fig. 7), con un nivel bilateral en correspondencia a la mayor



DESCENSO DEL NIVEL DE ANALGESIA



DESCENSO DEL NIVEL DE HIPOALGESIA

o menor altura del corte medular; en 3 pacientes la modalidad hallada fue únicamente de una hipoalgesia (Fig. 8).

El descenso en los que se halló analgesia, fue asimétrico en 3 pacientes, y simétrico en 5.

Los casos en los que el descenso de analgesia fue asimétrica, anotamos que el primero en el que el nivel primitivo descendió solamente en un lado y permaneció estacionario en el otro; se trataba de una cordotomía practicada en C7d y T2i, que dio analgesia en T10i y T9d en la cual a los 2 días se halló que la zona analgésica con límite en T10i había descendido a L2; en esta paciente, el dolor no fue suficientemente controlado en el lado izquierdo, por lo que requería medicación analgésica complementaria, la enferma falleció tres meses después de la operación con un cuadro de uremia. El segundo caso de este grupo es similar al anterior; una paciente portadora de un carcinoma del cuello uterino, tuvo una cordotomía en C5i y C6d; se comprobó una analgesia con límite en T6d y T5i, advirtiéndose que a los 5 días el nivel analgésico del lado derecho había descendido a T10, manteniéndose sin cambio el nivel analgésico en el lado izquierdo; el control del dolor primitivo fue inmediato, el examen a los dos meses de control no mostró otro cambio de la sensibilidad, la paciente falleció un año y 7 meses después de la operación, sin haber presentado dolor, pese a que por el proceso de la enfermedad se constató la existencia de una metástasis en el fémur izquierdo, que solamente molestaba cuando se hacía la movilización pasiva del miembro. En el tercer caso de este grupo el descenso asimétrico del nivel solamente fue un segmento en un lado con respecto al otro del cuerpo, pero el descenso se produjo en los dos lados; se trataba de una cordotomía en C8d y C6i, practicada en una paciente portadora de una metástasis de origen no determinado con dolor lumbar bilateral que inmediatamente dio analgesia bilateral con límite en T3d y T8i, en la cual a las 24 horas el nivel analgésico había descendido a T4 en el lado derecho, y a T10 en la lado izquierdo; el control del dolor fue satisfactorio. Como pueden apreciarse los datos objetivos del descenso del nivel sensitivo se han comprobado en estos tres casos, a los 2, 5 y un día después de la cordotomía, respectivamente.

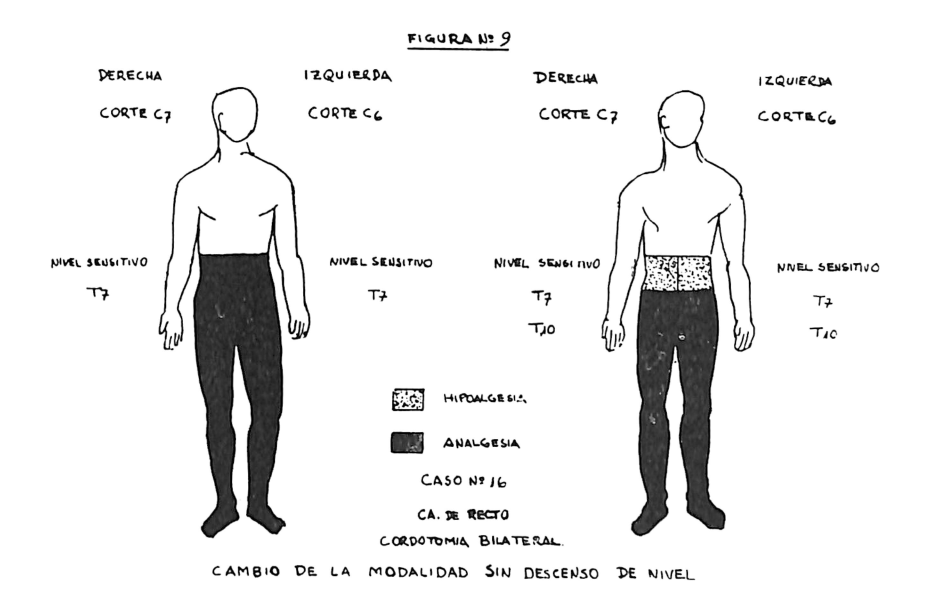
El descenso del nivel analgésico fue simétrico en 5 pacientes; en tres casos el descenso del nivel fue de un segmento a cada lado; en uno fue solamente de un segmento y el quinto caso este descenso fue de 5 segmentos a cada lado; con excepción de este último en el

descenso se comprobó a los 20 días de la operación, en los otros se les constató a los dos o tres días después de la intervención. En estos 5 casos el control inmediato del dolor se consideró satisfactorio y no hubo necesidad de medicación analgésica complementaria.

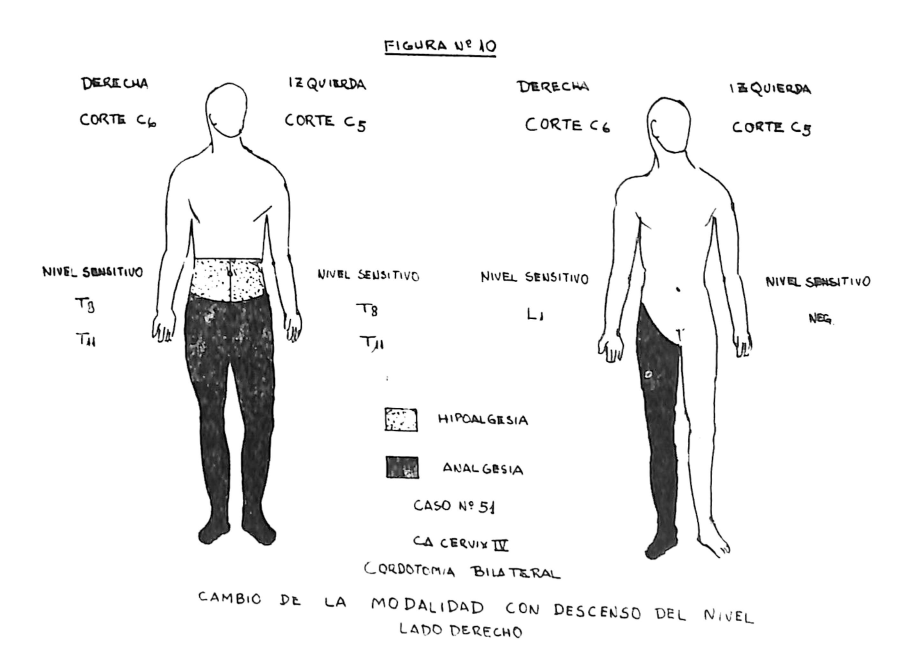
En dos casos en que la modalidad de alteración de la sensibilidad fue una hipoalgesia, en un caso el descenso fue asimétrico y en otro simétrico. El primero corresponde a una cordotomía C5d C7i que dio hipoalgesia con límite en T3d - T4i, en la cual a los 10 días se constató un descenso del nivel de la hipoalgesia, que llegaba a T8 en el lado derecho y a T5 en el lado izquierdo, esto es que había descendido más niveles en el lado derecho que en el izquierdo. En el otro caso el descenso del nivel de hipoalgesia fue simétrico en cuanto al número de niveles en ambos lados; se trataba de una cordotomía bilateral C6i y T1d, que inmediatamente produjo una hipoalgesia con límite en T7d y T6i, en la cual a los 3 días de la operación se constató un descenso del nivel que alcanzó L2 en el lado derecho y L1 en el lado izquierdo. En estos dos casos el control del dolor se consideró satisfactorio, no hubo necesidad de medicación analgésica complementaria.

Un tercer caso es particularmente importante, por que el descenso del nivel a más de ser asimétrico, fue progresivo; la paciente sufría de un carcinoma indiferenciado de partes blandas de la región ínguino crural y perineal izquierda, fue sometida a una cordotomía bilateral C3i y C6d, inmediatamente se encontró un nivel de hipoalgesia bilateral en T3; tres días más tarde el nivel de la hipoalgesia en el lado derecho permanecía estacionario, mientras en el lado izquierdo llegaba a T10; este nivel del lado izquierdo descendió a T12, tres días más tarde volvió a descender hasta L1, cuatro días después. En esta paciente apareció inmediatamente dolor en el lado derecho, el del izquierdo había desaparecido; dos meses más tarde presentó evidentes signos de compromiso medular con hipertonía y Babinsky bilateral, que difícilmente se pudieron atribuir a un efecto de la cordotomía.

b) Descenso del nivel con cambio de la modalidad de la alteración sensitiva.— En cuatro casos se ha asistido al hecho de que tanto el nivel de la alteración, como de la modalidad del trastorno sensitivo se han modificado. En dos casos en los que se obtuvo una zona de hipoalgesia que coronaba a una de analgesia, observamos que solamente descendió el nivel de analgesia y que las zonas antes analgésicas reemplazadas por hipoalgesia, en ambos casos el dolor se controló inmediatamente después de la cordotomía y dos meses más tarde no se



CAMBIO DE LA MODALIDAD SIN DESCENSO DE NIVEL



CAMBIO DE LA MODALIDAD CON DESCENSO DEL NIVEL
LADO DERECHO

halló nuevo cambio en la modalidad de alteración sensitiva y no hubo dolor.

Un caso es particularmente importante, porque siguiendo a la operación se consiguió mitigar completamente el dolor, sin embargo no se detectó ningún cambio en la sensibilidad hasta 48 horas después en que se halló un nivel de analgesia bilateral en T11 e hipoalgesia en T8, con una cordotomía practicada en C6d - C5i; Fig. Nº 10; 8 días más tarde en el lado izquierdo la sensibilidad es normal, mientras que en el lado derecho, el nivel y la modalidad del trastorno sensitivo no se había alterado; dos meses más tarde la paciente requería analgésicos por dolor en el miembro izquierdo, que dicho sea de paso era menos intenso que antes de la operación.

En el cuarto caso de este grupo, si bien hay un descenso poco marcado del nivel alcanzado, se asiste a la modificación importante en la modalidad del trastorno sensitivo; una cordotomía C4i - C6d, es seguida de un nivel analgésico que llegaba hasta T4i - T5d, cuatro meses más tarde se halla que en el lado izquierdo hay una zona de hipoalgesia que abarca desde T4 hasta L2 y que la sensibilidad es normal en los segmentos inferiores; en el lado derecho la analgesia que tenía nivel en T5 se ha transformado en hipoalgesia con nivel en T4. En este caso no hubo necesidad de analgésicos, sino después de 7 meses; es necesario señalar que a los 4 meses, época en que se obtuvieron los hallazgos mencionados, aparecieron parestesias en el miembro inferior izquierdo (el que tenía sensibilidad normal); los reflejos osteotendinosos se exaltaron en este lado, donde además apareció signo de Babinsky; hubo colapso periférico, ilio prolongado, y alteraciones importantes del estado general.

c) Ascenso del nivel primitivo sin cambio de la modalidad.— En dos pacientes el nivel que se obtuvo inmediatamente después de la operación ascendió. En uno de manera dramática y muy importante que murió 21 días después de la operación con una cuadriplejía y serio trastorno respiratorio; el nivel primitivo que se consiguió con una cordotomía practicada en C4d - C6i, fue el de una analgesia con límites en T4i - T5d; a las 48 horas este límite se halló en T2i y T3d, es decir que en ambos lados el nivel ascendió 2 segmentos (Fig. Nº 11).

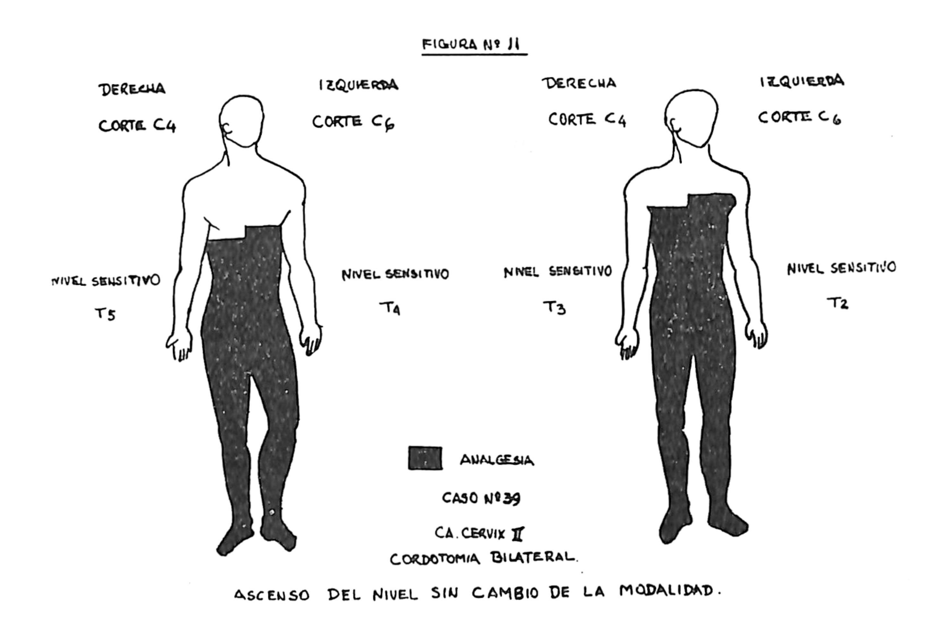
En el otro caso la modificación no fue dramática, pues en una cordotomía practicada en C7d - C5i, de inmediato se halló en el lado derecho hipoalgesia que abarcaba los segmentos comprendidos entre T6 y T11, y analgesia desde este último segmento para abajo; en el

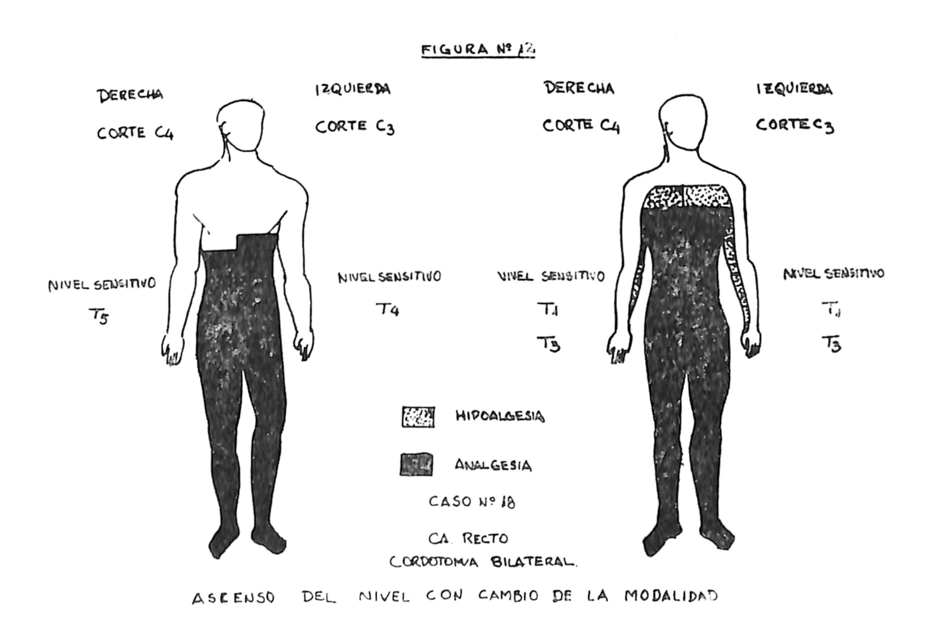
lado izquierdo la hipoalgesia abarcaba desde T10 hasta L2, y desde aquí para abajo hubo una zona de analgesia. Un mes más tarde se halló que el nivel de analgesia en el lado izquierdo había ascendido hasta T11; la hipoalgesia no varió en su límite superior; en el lado derecho el nivel superior de hipoalgesia descendió a T10 y el de analgesia a L2. El dolor fue yugulado de inmediato; pese a que dos meses más tarde ésta enferma requería analgésicos por dolor residual, su manejo era adecuado y la paciente estaba confortable.

d) Ascenso del nivel primitivo con cambio de la modalidad.— Este hecho ha sido observado en dos pacientes; uno con cordotomía unilateral C5d, practicado por dolor en la cara externa del muslo y cadera izquierdas, en una paciente portadora de carcinoma del cuello uterino, en la que inmediatamente después de la operación se encontró una zona de analgesia con límite en T10 suficiente para controlar el dolor, pero que un día después el nivel de la alteración sensitiva subió a T2, pero no era uniforme, sino que presentaba una zona de hipoalgesia de T2 a T10, manteniéndose como se ve sin alterar la analgesia primitiva. En el otro caso, en un paciente con carcinoma del recto con dolor bilateral de la pelvis y región lumbar, una cordotomía C3i - C4d, produjo en forma inmediata una zona de la analgesia con límite en T4 en el lado izquierdo y T5 en el lado derecho, suficiente para calmar el dolor; 8 días más tarde se comprobó que el límite de alteración sensitiva había alcanzado el nivel de T1, en ambos lados, y que la forma de la alteración objetiva de la sensibilidad también se había modificado, pues el nivel de analgesia primitiva subió a T3 en ambos lados, y entre T1 y T2 se encontró una zona de hipoalgesia. (Fig.12).

a) *Cambio de la modalidad sin alteración del nivel.*— En dos casos hemos hallado que el nivel se ha mantenido sin variación, pero la forma de alteración ha variado. Se trata de una cordotomía bilateral C6i - C7d, en la cual se obtuvo un nivel de analgesia en T7d y T8i en un paciente portador de cáncer de recto, con dolor intenso que fue inmediatamente controlado; dos días después el nivel permaneció estacionario y la analgesia del lado derecho se transformó en hipoalgesia de T7 a T12 y una analgesia por debajo de T12 para abajo; en el lado izquierdo se detectó una hipoalgesia de T8 a T12 y una analgesia desde este segmento para abajo. Fig. Nº 9.

En otro caso de una paciente portadora de un cáncer de cuello uterino con dolor lumbosacro, predominantemente en el lado izquierdo, mos-


FIGURA Nº 11
DERECHA
CORTE C4
IZQUIERDA
CORTE C6
DERECHA
CORTE C4
IZQUIERDA
CORTE C6
NIVEL SENSITIVO
T5
NIVEL SENSITIVO
T4
NIVEL SENSITIVO
T3
NIVEL SENSITIVO
T2
ANALGESIA
CASO Nº 39
CA. CERVIX II
CORDOTOMIA BILATERAL.
ASCENSO DEL NIVEL SIN CAMBIO DE LA MODALIDAD.


FIGURA Nº 12
DERECHA
CORTE C4
IZQUIERDA
CORTE C3
DERECHA
CORTE C4
IZQUIERDA
CORTE C3
NIVEL SENSITIVO
T5
NIVEL SENSITIVO
T4
NIVEL SENSITIVO
T1
T3
NIVEL SENSITIVO
T1
T3
HIPOALGESIA
ANALGESIA
CASO Nº 18
CA. RECTO
CORDOTOMIA BILATERAL.
ASCENSO DEL NIVEL CON CAMBIO DE LA MODALIDAD

tró después de una cordotomía C5i C7d una hipoalgesia bilateral que en el lado derecho tenía como límite T8 y en el izquierdo T9; veinte días más tarde se comprobó la existencia de una zona de analgesia en el territorio de las raíces S2 - S3 - S4 en el lado izquierdo, desde el inicio la cordotomía fue suficiente para calmar el dolor.

C.— NO SE ALTERO LA SENSIBILIDAD POR EFECTO DE LA CORDOTOMIA

Consideramos en este acápite un grupo de 8 pacientes en los cuales los cortes de la médula no determinaron alteraciones sensitivas objetivas. Como vemos en el cuadro Nº 7, en el 9.5% de los pacientes se ha obtenido este resultado; 13 cortes que corresponden al 8.55% del total de cortes dados, en 5 cordotomías bilaterales y 3 unilaterales, han sido seguidos de este resultado. En una de las cardotomías bilaterales, uno de los cortes no fue seguido de alteración sensitiva, este caso está considerado dentro del grupo de alteración estable con distribución asimétrica.

Con una cordotomía a nivel de C5d y C7i no se obtuvo inmediatamente alteración de la sensibilidad objetiva; la paciente acusaba sensación de quemadura en el muslo derecho, el dolor original que estaba localizado en los genitales externos, en el sacro y ambos miembros inferiores desapareció por un mes, al término del cual fue preciso utilizar analgésicos de tipo de la codeína. En esta paciente debe considerarse la circunstancia de haber tenido necesidad años antes de operarse, de ser tratada por un trastorno psíquico no determinado, y el hecho de que durante el tiempo que permaneció bajo nuestro control directo, antes de la reaparición del dolor original, acusaba dolor errático en diferentes partes del cuerpo. Un examen de la sensibilidad practicado 40 días después de la operación mostró una hipoalgesia en los territorios correspondientes a las raíces, sacras y lumbares, no podemos atribuir, este hallazgo a efectos de la cordotomía pues podrían haber sido provocados por la invasión de la neoplasia en el plazo correspondiente.

En otro caso el de una mujer de 48 años con dolor que comprometía los genitales y cara interna de ambos muslos, acusaba de un dolor permanente y exacerbaciones como si le fueran a romper el hueso, luego de una cordotomía en C6d C7i no se controló el dolor y no se halló

límite analgésico definido, pero sí una zona de hiperestesia en la región sacra, que era tan o más modesta que el dolor original; esta paciente fue aliviada con una alcoholización de la cola del caballo por vía intrarraquídea, no cambió el dolor.

Un tercer caso es importante mencionar, porque una cordotomía practicada en C6i T1d no presentó límite analgésico de ninguna clase sin embargo el dolor que comprometía ambos miembros inferiores por probable invasión del plexo sacro desapareció inmediatamente después de la operación y reapareció a los 30 días con la misma localización e intensidad que al inicio; esta enferma se benefició luego con una leucotomía térmica.

Otro caso fue imposible determinar la existencia de nivel sensitivo; la paciente estuvo parapléjica después de la operación y su estado mental no era adecuado; sobrevivió 5 meses a la operación y no hubo en ningún momento necesidad de analgésicos.

En un caso una paciente con cáncer vulvar que presentaba dolor inguinal izquierdo y en la hemilpevis del mismo lado, con una cordotomía unilateral derecha efectuada en C5d, no pudo hallarse alteración objetiva de la sensibilidad, sin embargo el dolor fue controlado inmediatamente sólo por 8 días época en que reapareció y se hizo más agudo, a los 20 días hubo necesidad de practicársele una alcoholización del plexo sacro.

Otro paciente, portador de un cáncer del pene con dolor en la región inguinal izquierda que tuvo una cordotomía bilateral en C5d y C6i no presentó alteración objetiva de la sensibilidad; el dolor fue controlado satisfactoriamente con la cordotomía durante más de tres meses, en que falleció por causa de su enfermedad.

Un paciente que era portador de un carcinoma broncogénico con dolor en el hemitórax izquierdo, se le practicó una cordotomía unilateral derecha a nivel de C6, no presentó alteraciones objetivas de la sensibilidad el dolor no fue controlado y hubo de recurrir a medicación analgésica intensa.

En este grupo puede considerarse además un caso de un paciente portador de un cáncer de la vejiga a quien por presentar dolor en la región del muslo izquierdo se le practicó una cordotomía unilateral a nivel de C4d y en quien no hubo control inmediato del dolor y no presentaba alteraciones objetivas de la sensibilidad; 18 días después de la operación se constató una hipoalgesia a nivel de T5 en el lado

izquierdo y coincidentemente desde entonces no hubo ya necesidad de medicación analgésica.

EFECTOS DE LA CORDOTOMIA SOBRE EL DOLOR

El análisis de los resultados inmediatos de la cordotomía sobre el dolor, que ha sido la razón fundamental de la operación, ha revelado, que se consiguió un alivio inmediato en el 85.8% de los casos es decir que en 73 casos no tenían dolor inmediatamente después de la operación; 10 pacientes (11.8%) requirieron medicación analgésica no siempre tan potente e intensa como la que recibían antes de ser operados; pues quedaron con un dolor que consideramos residual; finalmente 2 pacientes (2.4%) no fueron beneficiados por la intervención en forma inmediata ya que permanecieron con dolor que en nada difería del primitivo. Cuadro Nº 11.

En 10 pacientes que requirieron medicación analgésica por no haberse controlado adecuadamente el dolor, seis enfermas eran portadoras de neoplasia del cérvix; en dos hubo necesidad de recurrir a la alcoholización postoperatoria; en otra hubo necesidad de una reintervención sobre la médula que calmó el dolor hasta la muerte de la en

CUADRO Nº 11

EFECTOS SOBRE EL DOLOR

RESULTADOS INMEDIATOS

	CASOS	%
ALIVIO INMEDIATO DEL DOLOR	73	85.8
QUEDA DOLOR RESIDUAL QUE REQUIERE ANALGESICOS	10	11.8
NO HUBO ALIVIO INMEDIATO DEL DOLOR	2	2.4
TOTAL	85	100.0%

ferma que se produjo 65 días más tarde; las tres restantes de esta etiología presentaron dolor solamente a la movilización de los miembros inferiores; en dos de estas se encontró una lesión metastásica en los trocánteres que produjeron fractura patológica, en la tercera no pudo hallarse lesión orgánica responsable de este hecho.

Los 4 pacientes restantes fueron portadores de lesiones neoplasicas diversas; uno tenía dolor torácico por neoplasia del pulmón, la analgesia que hubo de emplearse después de la operación fue menos enérgica que la que se requirió antes de la operación. Otro paciente con dolor en la región sacro coccigea por neoplasia a células transicionales de la vejiga presentaba dolor únicamente cuando había presión sobre el muslo izquierdo; en este caso la cordotomía a nivel de C4 (d) no permitió hallar nivel de alteración sensitiva en el examen clínico postoperatorio. Un tercer caso portador de sarcoma indiferenciado de partes blandas de la región inguinal, inguino-crural y perineal del lado izquierdo manifestaba dolor inguinal derecho después de una cordotomía C3 (i) C6 (d); en este caso las alteraciones objetivas de la sensibilidad se consideraron como correspondientes al grupo de los hallazgos inestables de las alteraciones de la sensibilidad como cambio de la modalidad y descenso del nivel. Finalmente un paciente portador de un carcinoma folicular del tiroides con una cordotomía C8 (d) C6 (i) donde no se halló modificación de la sensibilidad en el lado izquierdo por efecto de la cordotomía acusaba dolor moderado en el lado derecho del muslo; el dolor primitivo en este caso fue considerado como de localización mediana; tanto los genitales externos, como los glúteos serán dolorosos antes de la intervención.

Creemos necesario indicar la evolución de los 73 casos en los que el alivio fue completo e inmediato.

El Cuadro Nº 12 resume esta situación y como se advierte, 29 casos de estos enfermos permanecían sin dolor después de dos meses de observación; 14 requerían alguna forma de analgesia por haber reaparecido el dolor que la cordotomía había suprimido y 17 murieron antes de los dos meses, las últimas referencias clínicas sobre este grupo indican que no reapareció el dolor intratable hasta el momento de la observación.

Del grupo de 17 pacientes, que murieron antes de los dos meses; el dolor no fue controlado, una tuvo que ser reintervenida y en dos por efectos de la misma enfermedad no pudo intentarse un nuevo tratamiento quirúrgico para remediar la situación, estos 3 pacientes

murieron después de una sobrevida de 35 días; doce pacientes fallecieron después de sobrevivir un promedio de 38 días y en todos se consideró la causa de la muerte la evolución de su enfermedad neoplásica. En dos pacientes se consideró la causa de la muerte como directamente atribuible al acto quirúrgico.

La evolución de los 14 enfermos en los cuales el dolor reapareció antes de los 2 meses y en las que hubo necesidad de emplear analgésicos u otro medio para controlarlo, merece ser indicado en forma individual.

Una paciente con dolor, original en el sacro y miembro inferior derecho presentó dolor como quemadura en la misma región después de 30 días de haber estado en buenas condiciones; la medicación analgésica fue a base de aspirina; esta enferma fue perdida de vista 65 después de la operación.

Otra paciente acusaba inicialmente dolor bilateral de inicio en la región sacra con irradiación del glúteo y cara posterior de ambos muslos hasta los dedos de ambos pies, presentaba al mismo tiempo un

CUADRO Nº 12

EVOLUCION DE 73 CASOS EN LOS CUALES HUBO ALIVIO INMEDIATO DEL DOLOR

(DOS MESES MAS TARDE)

	CASOS	%
PERMANECE SIN DOLOR	29	39.7
PRESENTA DOLOR RESIDUAL QUE REQUIERE ANALGESICOS	14	19.1
CON DOLOR INTRATABLE	—	0.0
FALLECIDO ANTES DE LOS DOS MESES	17	23.3
PERDIDO DE VISTA ANTES DE LOS DOS MESES	13	17.9
TOTAL	73	100.0%

estado psíquico preoperatorio de constante queja, comprendía muy mal su problema, controló el dolor original por 30 días y por otros 30 días con el uso de analgésicos del tipo de las pirazolonas; el estado de angustia y ansiedad, que se empeoró después de la cordotomía, obligó a practicarle una leucotomía térmica con resultados aleatorios, la enferma falleció a consecuencia de su enfermedad 87 días después de la cordotomía y 32 después de la leucotomía.

En el tercer caso el dolor original localizado en el hipogastrio con irradiación a ambos miembros inferiores hasta ambas regiones poplíteas, más hacia el lado derecho, presentó un mes más tarde dolor en el hipogastrio con irradiación condicional a ambos miembros inferiores solamente al momento de evacuar la vejiga, este síntoma requirió el uso de analgésicos, hasta su muerte que se produjo 4 meses después de operada a consecuencia de la evolución de su enfermedad.

Otro paciente que tenía dolor lancinante, severo, permanente en la pelvis, el sacro y ambos miembros inferiores, permaneció sin dolor solamente un mes al término del cual requirió analgésicos combinados por presentar dolores erráticos intensos que ocasionalmente comprometían la zona inicial del dolor; es necesario mencionar que esta enferma requirió antes de ingresar al Hospital, tratamiento psiquiátrico y que su actitud mental frente al dolor y a su enfermedad en general era mala; sobrevivió 8 meses a la operación, muriendo a consecuencia de su enfermedad.

Otra enferma que falleció 75 días después de operada por bronconeumonía e insuficiencia respiratoria, requirió analgésicos comunes para controlar el dolor que reapareció en el miembro inferior izquierdo 30 días después de operada. En una paciente se presentó dolor, que si bien no lo consideramos estrictamente residual, se hizo presente después de la operación y era descrito como cinturón opresivo en el límite entre la zona analgésica y la normal; este síntoma estuvo presente durante 4 meses que la enferma sobrevivió, razón por la que recibía analgésicos que no llegaban a controlar totalmente la molestia.

En otra paciente que originalmente presentó dolor en la cadera, rodilla y tobillo izquierdos, presentó a los 45 días sensación de ardor en la zona primitivamente adolorida, que se aliviaba, con analgésicos del tipo de la aspirina; murió 7 meses después de operada. Otra enferma con dolor inicial en fosa ilíaca izquierda hizo recurrencia del dolor a los 25 días después de la operación; este dolor se atribuyó a la presencia de una metástasis ósea que no estuvo presente en el preo-

CUADRO Nº 13

ALTERACIONES ESFINTERIANAS

PRE OPERATORIO		POST OPERATORIO		
		Normal	Retención	Incontinencia
73	Normal	15	43	15
4	Retención	—	4	—
8	Incontinencia	—	—	8
85	casos	15	47	23

CUADRO Nº 14

COMPLICACIONES

	Casos Considerados	Casos Complicados	%
1.—Mortalidad	85	6	7.0
2.—Trastorno esfinteriano	73	58	79.4
3.—Hipotensión arterial	85	39	45.8
4.—Hipertensión arterial	85	2	2.3
5.—Dolor de cabeza	85	56	65.8
6.—Radiculalgias y Parestesias	85	44	51.7
7.—Trastornos motores	85	57	67.1
8.—Cambio de la función refleja	85	42	49.4
9.—Trastornos respiratorios	85	5	5.8
10.—Ulceras de Decúbito	85	14	16.4

peratorio; el dolor fue controlado con analgésicos hasta la muerte que se produjo 7 meses después. Otros dos pacientes también, como los anteriores, portadores de neoplasia de cuello uterino, presentaron dolor en la misma zona en que se manifestaba el dolor primitivo. En un paciente portador de un sarcoma de partes blandas de la región inguinal derecha, a los 35 días después de la operación volvió a quejarse de dolor con la misma localización que el primitivo. El paciente con adenocarcinoma de páncreas presentó dolor únicamente cuando se le movilizaba y tenía la misma localización, hipocondrio izquierdo y región inguinal izquierda, que la que presentaba en el preoperatorio. Un paciente con un sarcoma neurogénico presacro que presentaba en el preoperatorio dolor tipo adormecimiento en la región glútea, a los dos meses acusaba dolor de tipo calambre en la región antes mencionada; este dolor no era suficientemente importante pero fue preciso dar por un tiempo medicación analgésica; este paciente falleció 8 meses de la operación.

Una paciente portadora de un cáncer de vulva con dolor en la región inguinal izquierda y la pelvis del mismo lado a los 36 días de ser operado requirió una alcoholización del plexo sacro.

Señalaremos que no hemos podido establecer una relación exacta entre la altura de la cordotomía y la reaparición del dolor y tampoco ha sido posible establecer una estrecha relación entre la forma de alteración de la sensibilidad inducida por la cordotomía y este hecho, pues en algunos pacientes ha reaparecido con zonas de analgesia y lo ha hecho también con zonas de hipoalgesia.

En el cuadro Nº 14 se reune el total de las complicaciones; se refiere a los 85 casos estudiados. Los trastornos esfinterianos solamente se han considerado en 73 pacientes que tenían función vesical normal antes de la operación.

Se considera las alteraciones de las diversas esferas del sistema nervioso sin referirnos a las condiciones preoperatorias.

COMENTARIO

Se presentan los resultados de algunos aspectos de la cordotomía practicada en 85 pacientes portadores de neoplasia de diverso origen, con dolor intratable, cuyo mecanismo es diverso. El análisis completo de los resultados de la cordotomía sobre las diversas esferas del sistema nervioso no es posible y hemos considerado únicamente el

aspecto de las alteraciones de la sensibilidad dolorosa y los efectos que la operación tiene sobre el dolor intratable, que finalmente es el objetivo de la operación.

El sistemático examen de los pacientes sometidos a cordotomía, indudablemente proporciona, oportunidad única para un estudio clínico fisiológico de la médula espinal; nuestros datos sólo se basan en los hallazgos clínicos, de por sí insuficientes para tener conclusiones definitivas acerca de los problemas de anatomía y fisiología del sistema nervioso, que la cordotomía pone al frente del observador; quien deberá contar con estudios anátomo patológicos, aplicados en el momento de las cordotomías, como viene empleándose en otros centros (Eidelberg, 9); lo que indudablemente ha de mejorar nuestros conocimientos sobre las vías y mecanismos del dolor.

Es necesario mencionar que al lado de las alteraciones de la función sensitiva, la cordotomía altera de una u otra manera otras funciones del sistema nervioso, que se integran a nivel medular y creemos de mucho interés para un estudio futuro, la evaluación de las alteraciones del sistema motor que es comprometido en grado variable, compromiso que como lo mencionado por Landa (14), hay que buscar en las alteraciones que sufre el funcionamiento de las células del asta anterior al verse privadas, por efecto del corte en el cordón anterolateral, de los mecanismos facilitadores e inhibores que le llegan desde el tronco cerebral.

Las alteraciones de la sensibilidad, que se objetivan por el examen clínico, las hemos separado en dos aspectos; el primero relativo al nivel y el segundo al de la modalidad de cambio observada.

Con 152 cortes se ha obtenido cambio de la sensibilidad con nivel clínicamente demostrable solamente en 138 (82.%) y no ha sido posible hallar este nivel en 14 cortes (17.2%), la explicación de este último hecho puede ser diversa; por lo menos en uno de nuestros casos, en una cortodomía bilateral que señalamos en el acápite de distribución asimétrica de la sensibilidad, uno de los cortes no fue seguido de alteración controlateral de la sensibilidad y el otro corte si lo fue, como no hay estudio anátomo-patológico, pueden formularse algunas conjeturas que tendrían sólo valor teórico. Es importante recalcar que las cordotomías que no produjeron alteraciones de la sensibilidad con nivel demostrable, no todas fueron ineficaces para controlar el dolor, pues solamente en uno no hubo alivio inmediato del dolor; este reapareció dentro de los 8 a 30 días después de la operación, hecho que ha sido

mencionado por Graf (11), quien en dos casos pese a cordotomías repetidas obtenía la recuperación de la sensibilidad dolorosa y la recurrencia del dolor, lo que se explica por la existencia de un sistema polisináptico de la vía dolorosa; por otro lado White y Sweet (28), piensan como explicación al hecho de que hay fibras que van por el cordón posterior y ascienden por el tracto de Lissauer.

En 138 cortes se ha encontrado invariablemente una alteración controlateral de la sensibilidad, con un límite clínicamente demostrable. Hemos hallado que este límite se encuentra en forma promedio a 7.7 segmentos por debajo del corte, con variaciones al segmento cervical en el que se practicó el corte. Las observaciones de Ogle y colaboradores (20) señalan que en cordotomías torácicas altas se produce alteración sensitiva con un desnivel de 6 segmentos. El desnivel sensitivo que se obtiene con cordotomías altas C1 - C2, no es uniforme según la experiencia de Roulhac (24), quien halla que de 12 cordotomías a este nivel, en 2 encuentra alteración sensitiva 2 niveles por debajo del corte y en 10 de un desnivel de 12 segmentos. White y colab. (30) y Frazier citado por Horrax (12), recomiendan por otro lado que la sección del cordón antero-lateral debe practicarse por lo menos 4 segmentos por encima de la zona dolorosa. Horrax y Price (12), señalan que el nivel de analgesia en cordotomías cervicales altas no es mayor de 2 segmentos a condición de que el corte esté bien hecho. Foersted citado por Horrax (12), concluye que todos los cortes situados por encima de C2 producen analgesia a nivel del corte o a diferencia de un segmento, hecho que parece estar en relación con la profundidad del corte como parece revelarlo las ilustraciones anátomo patológicas presentadas por este autor.

El desnivel sensitivo variable que se encuentra, se explica por las razones anatómicas del recorrido intramedular de la vía dolorosa y es probablemente un factor de técnica derivada de una inadecuada insición, en la que por ejemplo, la insición sea muy superficial y que no se hallen comprometidas las fibras más centrales y anteriores, ya sea por la rotación de la médula o bien por que el cuchillo sea muy corto, dando como consecuencia que no se comprometa las vías que llevan la sensibilidad de las regiones torácicas y cervicales que como hemos mencionado (25) tienen una posición medial y anterior, estas razones anatómicas son las que han llevado a Graf (10), a recomendar no hacer la rotación de la médula, para lo que emplea un aditamento técnico es-

pecial con el que es posible practicar cortes de 6.25 mm. accionados por una palanca.

El nivel obtenido no siempre ha permanecido estacionario como vemos en el Cuadro Nº 9, se ha dado el caso de que este nivel haya tanto ascendido como descendido. Es reconocido, por la mayor parte de los autores un descenso del nivel del cambio de la sensibilidad, que frecuentemente se produce a las pocas horas de la cordotomías y que pueden también presentarse en un lapso mayor, este descenso en nuestros casos no siempre ha sido simétrico cuando se ha tratado de cordotomías bilaterales, pues como hemos descrito anteriormente en algunos casos el nivel obtenido en un lado ha permanecido estable, mientras que en el otro ha bajado; al lado de las posibles alteraciones derivadas del examen de una modalidad del funcionamiento del sistema nervioso que en alguna forma puede conducir a error, es probable que el daño ocasionado por el corte altere funcionalmente el segmento proximal del mismo y que la zona inmediatamente superior al corte, por un tiempo variable, no esté en condiciones adecuadas de poder transmitir los impulsos que vienen de segmentos inferiores, esta explicación no es factible en aquellos casos como queda descrito, en que el descenso es progresivo en un tiempo más o menos largo, donde un estudio anatomopatológico es de primera importancia y pondría de lado la posibilidad de que este hecho se deba exclusivamente a factores de naturaleza técnica o que se deba a disposiciones particulares de la vía dolorosa conceptuada por Graf (11) como un sistema polisináptico.

La observación de Mullan y col. (16) es de que en las cordotomías practicadas con agujas de estroncio 90, es habitual observar un ascenso del nivel en lugar del descenso observado en las cordotomías convencionales. Creemos de importancia mencionar, en relación del ascenso del mismo, que en nuestros casos (tres cordotomías bilaterales y una unilateral), este ascenso fue acompañado de serios trastornos motores que los atribuimos a alteración vascular ocasionada por la misma cordotomía. En los restantes casos el ascenso del nivel ha sido menos importante, sin embargo una explicación satisfactoria de este fenómeno no es posible a la luz de métodos enteramente clínicos que son los que disponemos.

Los hallazgos de diversas modalidades de la sensibilidad inducidas por un corte a nivel cervical, obligan a un meditado estudio de las vías de la sensibilidad en la médula espinal, pues llama la atención que con corte a un mismo nivel cervical, en unos casos se den alteracio-

nes profundas, al punto de hacerlas clasificar como analgesia y que en otros casos el corte sea seguido simplemente por una hipoalgesia; no creemos que sea simplemente el resultado de defecto de técnica. Es necesario buscar una explicación que podría estar en el hecho de reconocer que la vía que conduce los estímulos dolorosos por la médula no es única; y que el cordón antero-lateral y particularmente el tracto espinotolámico, si bien es la principal vía, hay otra que ha sido mencionada y que corre por el tracto de Lissauer puede ser de importancia para explicar adecuadamente estos hallazgos; creemos que una explicación definitiva de estos hechos tiene que estar basada en estudios de neurofisiología y en la posibilidad de poder estimular adecuadamente el haz espinotalámico al momento de la operación.

La distribución simétrica de los cambios de la sensibilidad que hemos hecho mención en páginas anteriores, pueden en algunos casos explicarse por los defectos de técnica que Graf (10) señala, y que nosotros hemos acotado en relación a las alteraciones de nivel inducidas por las cordotomías convencionales.

Los efectos inmediatos de la cordotomía sobre el dolor en nuestros casos, lo hemos resumido en el Cuadro Nº 11, donde apreciamos que el 85.2% de los pacientes fueron aliviados de inmediato; 11.8% lo fueron parcialmente; y solamente en el 2.4% no hubo efecto sobre el síntoma; estos resultados son alentadores con cordotomías convencionales, hecho que por otro lado concuerda con los resultados de Clark (5) quien sobre 26 cordotomías halla el 82.4% de beneficio inmediato; los resultados de White y Sweet (29) que encuentran en el 85% de sus pacientes, alivio en sus síntomas. Horrax y Price (12) obtienen un alivio que califican de excelente en 8 de 12 casos, Diemath y col. (7) admiten que solamente el 67% de sus enfermos se aliviaron completamente del dolor y que el resto tuvo resultados diversos, pero fue catalogado como bueno el 21%. Nocito y Nocito (19), refiere un fracaso del 5.5% de sus casos.

Las técnicas más modernas, percutánea propuestas por Mullan (16) (17) en 1963 y en 1965, dan una mejoría inmediata del dolor en el 80% de los pacientes y los resultados de Rossomoff (22) en 1966 en 100 pacientes con 154 cordotomías muestra que empleando el método percutáneo con ondas de radiofrecuencia obtienen un alivio completo del dolor en el 82% de los casos, satisfactorio en 10%, no satisfactorio en el 5% y no se produjo alivio, en 3%.

Nos ha interesado la evolución de los 73 pacientes que inmediatamente permanecieron sin dolor y advertimos, por el análisis que presentamos que solamente, en tres casos reapareció el dolor en forma que en uno fue necesaria una reintervención que mejoró el cuadro y en dos, en los que la recurrencia del dolor se consideró como dolor intratable; en el resto de los pacientes muertos, perdidos de vista y en los que hubo recurrencia del dolor, el resultado final puede considerarse satisfactorio desde el punto de vista del control del dolor.

Es necesario mencionar que no siempre el alivio del dolor, va paralelo con la alteración de la sensibilidad inducida por la cordotomía y un hecho de sumo interés es la observación de que por lo menos uno de nuestros enfermos, en el cual la reaparición del dolor, es precisamente sobre la zona donde la analgesia producida, por la cordotomía era mayor.

Cincuentiséis casos se han quejado de dolor de cabeza después de la cordotomía, creemos que esta complicación es poco importante y puede tener su explicación en la pérdida de líquido céfalo raquídeo que irremediablemente se produce en mayor o menor cantidad durante el acto quirúrgico.

Radiculalgías y parestesias se presentan como complicación de la cordotomía, ha sido observada en 44 casos, creemos que en la mayor parte de las veces, éste hecho puede tener una explicación en el manipuleo de las raíces posteriores que a veces es preciso realizar durante el acto quirúrgico, ésta interpretación está de acuerdo con lo señalado por Diemath y Col. (7), que informa sobre los resultados de 121 casos de cordotomías.

Setentitrés pacientes (Cuadro 13), de los estudiados, tuvieron una función del esfinter vesical normal; en el postoperatorio se halló que la función estaba alterada en 58 pacientes, ésta alteración daba una predominancia de la retención sobre la incontinencia, hecho que ha sido reconocido y comentado por varios autores: Nathan (18), Ogle (20), Clark (5); y algunos otros, considerándose que la complicación esfinteriana es ocasionada por lesión de la vía centrípeta, de la vejiga hacia la médula (18). Las alteraciones esfinterianas, también han sido encontradas, utilizando las cordotomías percutáneas, Mullan (16) informa sobre la parálisis de los esfínteros que complicaron algunos de sus casos; así mismo Rossomoff (22), halla una alteración esfinteriana variable en sus casos.

En treintainueve de los casos estudiados, hemos encontrado hipotensión arterial de grado variable como manifestación de alteración del sistema nervioso vegetativo por efecto de la cordotomía en algunos de los casos ésta hipotensión era similar a la descrita por Johnson (13), es decir que era de carácter exclusivamente ortostático; estamos en condiciones de confirmar los hallazgos de Belnust (2), quien dice que la hipotensión es de buen pronóstico en las cordotomías cervicales bajas, ya que en la mayoría de los casos la recuperación a los límites preoperatorios es precoz, la hipertensión arterial que hemos hallado en dos de nuestros pacientes es de difícil interpretación, pero es un hallazgo que merece tenerse en cuenta como complicación posible de la cordotomía.

Transtornos respiratorios se han hallado en 5 de los casos estudiados; esta complicación ha sido mencionada por Clark (5), quien esquemáticamente establece que la falla respiratoria se presenta de preferencia en las cordotomías cervicales altas, Ogle (20) señala que en todos sus casos hubo parálisis transitoria del diafragma y los músculos intercostales, hecho que no estamos en condiciones de aseverar, posiblemente por que nuestros casos han sido operados bajo anestesia general y muchas veces con respiración asistida, lo que ha impedido ver lo transitorio de la parálisis mencionada. Belnust (2) considera que la injuria del sistema simpático respiratorio es también de buen pronóstico y señala que el trastorno respiratorio se debe a la interrupción de las vías descendentes antes que a una lesión de la neurona motora inferior; señalando, al mismo tiempo, que las lesiones respiratorias son escasas con cordotomías cervicales inferiores y más frecuentes con cordotomías cervicales altas, por lo que se muestra partidario de abandonar la cordotomía cervical alta en enfermos con patología pulmonar. Foersted citado por Belnust (2), previno en 1931 que las cordotomías cervicales bilaterales altas producían compromiso respiratorio siempre, Pet citado por Belnust (2), recomienda no emplear por esta razón las cordotomías cervicales altas. En los que se utilizan las técnicas percutáneas, también se han reportado alteraciones respiratorias, unas veces muy serias, como 3 casos de los 100 señalados por Rossomoff (22).

Las alteraciones que se producen sobre el sistema nervioso vegetativo simpático con la cordotomía, no han sido suficientemente estudiados; señalaremos solamente algunas alteraciones de la temperatura de los miembros que no hemos podido tabular, así mismo señalamos la posibilidad de producir un síndrome de Horner.

Antes de los 30 días, seis de nuestros pacientes han fallecido; un análisis de los casos de muerte en este lapso nos permite señalar que sólo en 2 pacientes la muerte puede atribuirse a la acción de la cordotomía, esto eleva la mortalidad en la presente serie al 2.3%. La mortalidad debida a la cordotomía ha sido diferentemente evaluada en las diferentes series y en general se observa una tendencia a descender; así Diez citado por Alayza (1), halla 22% de mortalidad. Nocito y Nocito (19) en 1945 eleva su mortalidad a 22.2%; Olivercronar (20) en 1947 indica una mortalidad de 12.7%. Belnust (2) en 1963, señala el 10% o sea 2 muertes en 20 casos; Diemath (7) en 1961, informa que la mortalidad es del 4.1% en 121 casos estudiados; White y Sweet (29) señala el 4% de mortalidad; Roulhac (24) en 1953, no refiere mortalidad. Asimismo las técnicas percutáneas empleadas por Mullan (16) (17), parecen estar excentas de mortalidad.

CONCLUSIONES

1.—Se han estudiado 85 pacientes con dolor intratable por neoplasias avanzadas, en quienes se ha practicado 67 cordotomías bilaterales y 18 cordotomías unilaterales.

2.—La cordotomía anterolateral ha probado ser un procedimiento quirúrgico eficaz para el control del dolor intratable. En nuestros casos se ha conseguido un alivio inmediato y total del dolor en 73 casos (85.8%); quedan con dolor residual que requieren analgésicos 10 casos (11.8%) y no hubo alivio inmediato del dolor en 2 casos (2.4%).

3.—De 73 casos en que hubo alivio inmediato del dolor, un control a los 2 meses muestra que permanecen sin dolor 29 casos (39.7%); presentan dolor residual que requieren analgésicos 14 casos (19.1%); fallecieron antes de los 2 meses 17 casos (23.3%) y fueron perdidos de vista 13 casos (17.9%). Es necesario aclarar que 3 casos presentaron recurrencia del dolor intratable, lo que hace un 3.5% del total de casos; pero estos fallecieron antes de los 2 meses.

4.—De los 152 cortes practicados, se ha encontrado cambio de la sensibilidad demostrable en 136 cortes.

5.—El nivel de sensibilidad hallado se encuentra en promedio a 7.7 segmentos por debajo del corte.

6.—La mortalidad directamente atribuible a la cordotomía, fue de 2 casos, lo que hace un porcentaje de 2.4%.

7.—Se han observado las más diversas complicaciones sobre la función respiratoria, esfinteriana, motora, refleja, así como en la presion

arterial, dolor de cabeza, radiculalgias, parestesias y escaras de decúbito.

8.—Sobre las alteraciones de la sensibilidad se ha encontrado: Alteraciones estables en 56 casos (65.8); alteraciones inestables en 21 casos (24.7%) y no se alteró la sensibilidad por efecto de la cordotomía en 8 casos (9.5%).

9.—La cordotomía anterolateral, ofrece oportunidad única, para el estudio clínico de diversas funciones de la médula espinal.

10.—Las alteraciones de la función sensitiva son diversas y su explicación no siempre es posible sobre bases puramente clínico quirúrgicas. Es necesario para una interpretación integral el estudio anátomo patológico y el empleo de los procedimientos de la electrofisiología.

RESUMEN

Los autores presentan los resultados de la cordotomía anterolateral a nivel cervical efectuada en 85 pacientes portadores de diversas clases de neoplasias que produjeron dolor no controlable, este estudio ha sido realizado en el Departamento de Neurocirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Previa la discusión de la técnica empleada se analizan los resultados obtenidos, señalando la relación existente entre la altura de la intervención en el cordón anterolateral y el nivel superior de trastornos sensitivos al examen clínico, realizado pocas horas después. Igualmente las modificaciones tanto en el nivel como en la modalidad que los cambios, inducidos por dicho procedimiento, experimentaron en el curso de los dos meses posteriores. Los cambios de la sensibilidad observados, pueden agruparse en tres categorías: a) aquellos en que los cambios inducidos por la cordotomía permanecieron estables, tanto en su forma, como en su nivel, durante el tiempo de observación; b) aquellos en los que éstos cambios variaron en algún sentido; y c) aquellos en los cuales la cordotomía no produjo cambios en la sensibilidad detectables por el examen clínico. Se comentan las posibles causas de estos resultados, señalando la necesidad de complementar la evaluación con otros métodos diferentes a los puramente semiológicos, para lograr una consolidación fisiológica, estimando indispensable en este sentido el estudio anátomo-patológico en los pacientes fallecidos. Es de destacar que la operación que comentan, tanto desde el punto de vista clínico como fisiológico, ofrece posibilidades excepcionales para el estudio anatomofisiológico del cuadrante anterolateral de la médula espinal y constituye un adecuado proce-

dimiento para controlar el dolor, desde que el 97.6% de los pacientes estudiados obtuvieron indudables beneficios. La mortalidad del 2.4% que señalan, es baja si se consideran las precarias condiciones clínicas en que fueron operados la gran mayoría de estos pacientes.

SUMMARY

The authors presents the results of anterolateral cordotomy at cervical level accomplished in 85 patients carriers of different types of neoplasias which produced incontrollable ache. This study has been carried at the Neuro Surgery Department of Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Previous discussion of the used techniques the results obtained were analized. They pointed to the existing relationship between the hight of the intervention at the anterolateral cord and the superior level of sensitive disturbance to clinic exam, realized after some hours. Also, the modifications, both of the level and modality of the changes induced by this procedure, experimented in later months, such as changes of sensibility observed may be cluster in three groups: a) those in which changes induced by cordotomy persisted both in modality and level, durign the time observation; b) those in which the alterations changed in some manner, and c) those in which cordotomy did not produced changes of sensibility determined from clinical examination. The possible causes of this results are commented upon, indicating the necessity of complementing this evaluation with methods other than those purely semiological in nature, so as to obtain the physiological consolidation. It should be remarked that this operation from the clinical and physiological view points has something to offer for the study of the anterolateral quadrant of the medulla spinalis and it is an adequate procedure for the control of pain, ever since 97.6 percent of patients under study obtained indubitable benefits. The mortality of 2.4 per cent mentioned is small when considering the precarious clinical condition in which the majority of these patients were operated upon.

BIBLIOGRAFIA

1. ALAYZA, F.: Cordotomía anterolateral. VII Congreso Nacional de Cirugía. Lima, Perú 1953. — 2. BELNUST, L.; BROW, F.; OWERS G.: Clinical Observations on Respiratory and Vasomator Disturbances as Related to Cervical cordotomies. J. Neurosurg. 20: 225-32; 1963. — 3. CABIESES, F. EIDELBERG E.: El tratamiento del dolor en las Enfermedades Neoplásicas. Ann. Fac. Med. Lima, 34: 105-183, 1956. — 4. CABIESES, F.; EIDELBERG E.: Tratamiento del dolor rebelde en

las neoplasias avanzadas del Utero. Ginecología y Obstetricia, 1: 51-56, 1956. — 5. CLARK, K.: Use the Cordotomy in the Relief of intractable Pain. Arch. Surg. 82: 440-2; 1961. — 6. DAVIS, L.; MARTIN J.: Studies Upon Spinal Cord Injuries, Nature and Treatment of Pain. J. Neurosurg. 4: 483; 1947. — 7. DIEMATH, H. E.; HEPPNER ,F. WALKER, A. E.: Anterolateral Chordotomy for Relief of Pain. Postgrad. Med. 29: 485-95; 1961. — 8. EIDELBERG E.: Tratamiento del Dolor en las enfermedades Neoplásicas. Tes. Bach. Fac. Med. Lima, 1955. — 9. EIDELBERG E.: Comunicación personal. — 10. GRAF C. J.: On cervical Cordotomy. A New Tchinique. J. Neurosurg. 15: 576-580, 1958. — 11. GRAF, C. J.: Consideration in Loss of Sensory Level After Bilateral Cervical Cordotomy. Arch. Neurol 3: 410-15; 1960. 12. HORRAX G.; PRICE W. T.: High Cervical Chordotomy for Relief of Intractable Pain in the Arm, Shoulder and Upper Chest. Ann. Surgery 139: 567-86; 1954. — 13. JOHNSON D. A.; ROTH C. M.; y CRAIG W.: Orthstatic Hipotension Following Chordotomy for intractable Pain. Proc, Mayo Clin. 27:131-35; 1952. — 14. LANDA, R.: Cordotomía anterolateral en Carcinoma de Cérvix. I Congreso Peruano de Cancerología. Lima, 1966. — 15. MICHEL ZAMORA, M.: Tratamiento Neuroquirúrgico del dolor. X Congreso Peruano de Cirugía. Lima, Tacna. 1956. — 16. MULLAN, S.; HARPER, P. V.; HEKMATPANAN, J. JONES, H. DOBBIN, G. TORRES, H.: Percutaneous Interruption of Spinal Tract by Means of Strotium 90 needle. J. Neurosurg. 20: 931-39; 1963. — 17. MULLAN, S.; HEKMATPANAH, J.; DOBBEN, G.; BECKMAN, F.: Percutaneous Intramedullary Cordotomy Utilizing the Anodal Electrolitic Lesion. J. Neurosug. 22: 548-53; 1965. — 18. NATHAN, P. W.; SMITH M. O.: The Centripetal Pathway from de Bladder und Urethra Within the Spinal Cord. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. London 14: 262-80; 1951. — 19. NOCITO F. J.; NOCITO C.: Cirugía del Dolor. Cordotomía anterolateral. I Congreso S. A. de Neurocirugía. Montevideo. 585-604; 1945. — 20. OGLE W. S.; FRENCH, L. A.; PEYTON, W. T. Experiencies with High Cervical Cordotomy. J. Neurosurg. 13: 81-87; 1956. — 21. ROCCA, E.: Leucotomía Selectiva en el Dolor (Cingulectomía antero superior bilateral). Tesis Doctoral. Ed. Lumen, 1957. — 22. ROSSOMOFF, H. L.; SHEPTAK. P.; CARROL, F.: Modern Pain Relief: Percutaneous Chordotomy. JAMA; 196: 482-86; 1966. — 23. ROSSOMOFF, H. L.: Percutaneous Radiofrecuency Cervical Chordotomy Technique. J. Neurosurg. 23: 639-644; 1965. — 24. ROULHAC, G. E.: High Cervical Chordotomy. A. Preliminary Report. Surgery. 34: 288-295; 1953. — 25. SCOOT M.; WYAS H. T.: Survey on the Value of Neurosurgical Treatment for the Relief of Intractable Pain. Am, J. Surg. 77: 718. 1949. — 26. SPILLER, W. G.; MARTIN, E.: The treatment of Persistent Pain of Organic Origen in the Lower Part of the Body by Divise of the Anterolateral Column of the Spinal Cord. JAMA. 58: 1499-90; 1912. — 27. TAREN, J. A. KAHN, E. A.: The Surgical relief of Intractable Pain. Surg. Clin. N. Amer. 41: 1159-67; 1961. — 28. WHITE, J. C.: Conduction of Pain in Man. Observations on its Afferent Pathways Within Spinal Cord en Visceral Nerves. Arch. Neurol. and Psychiat 71: 1-23; 1954. — 29. WHITE, J. C.; SWEET, W. H.: Pain. Its Mechanisms and Surgical Control Charles C. Thomas. Publisher. Sprienfiels. 1955. — 30. WHITE, J. C.; RICHARDSON, E. P.; SWEET, W. H.: Upper Thoracic Cordotomy, for Relief of Pain. Postmorten Correlations on Spinal Incision with analgesic Levels in 18 cases. Ann. Surgery, 144: 407-20; 1956.

EL CLORHIDRATO DE PROTRIPTILINA EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LAS REACCIONES DEPRESIVAS

JOSÉ ALVA QUIÑONES*

INTRODUCCION

El clorhidrato de protriptilina ha venido a enriquecer el arsenal de los fármacos antidepresivos. Aunque posee una estructura química derivada de la amitriptilina, no posee las propiedades sedativas de ésta y es cinco veces más potente en su actividad clínica antidepresiva (1). Es fundamentalmente un activador específico del sistema psicomotor, estando indicado en los cuadros depresivos que trascurren con indiferencia, fatiga y retraímiento (1) (4). Se caracteriza por la especificidad de su acción y por la rapidez en iniciar sus efectos (2) (3) (4). No es un inhibidor de la M.A.O.

Esta investigación ha sido planeada para evaluar la eficacia del clorhidrato de protriptilina en el tratamiento ambulatorio de los cuadros depresivos.

MATERIAL

Se estudiaron 118 pacientes del Consultorio Externo del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima, seleccionados por presentar cuadros depresivos. Se excluyeron aquellos casos que presentaron depresiones graves que requerían ser internados para su tratamiento. De los 118 pacientes, 93 fueron hombres y 25 mujeres. En el Cuadro No. 1 se presenta la distribución de estos pacientes de acuerdo al diagnóstico con el que fueron atendidos.

(*) Profesor del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M.

CUADRO Nº 1

Diagnóstico	Cantidad
Reacción psiconeurótica de depresión	65
Fatiga crónica psicógena	18
Melancolía involutiva	12
Depresión asociada a alcoholismo	7
Hipocondría con depresión	6
Fase depresiva de la reacción maniaco-depresiva	5
Depresión situacional	2
Reacción esquizofrénica pseudo neurótica con depresión	2

METODO

Para el tratamiento se empleó:

a) Clorhidrato de protriptilina (**) en tabletas de 5 mgr.
b) Placebo en tabletas de la misma forma y color que las de la droga.

Se utilizó la técnica del doble estudio ciego. Habiéndose iniciado la administración con dosis de dos tabletas al día, que fue aumentándose de acuerdo a la tolerancia y la respuesta terapéutica. La dosis mínima fue de dos tabletas (10 mgr.) y la máxima de ocho tables (40 mgr.). En todos los casos las tabletas fueron distribuidas en dos tomas (8 a.m. y 4 p.m.).

El tratamiento duró dos meses y el período de observación se prolongo un mes después de interrumpir el tratamiento.

Los pacientes fueron vistos diariamente durante los cinco primeros días y luego dos veces por semana hasta completar los tres meses.

(**) El clorhidrato de protriptilina tiene la denominación comercial de CONCORDIN. Fue proporcionado gentilmente para esta investigación por los representantes en Lima de los Laboratorios Merck Sharp Dome.

No recibieron ninguna otra medicación durante el tratamiento. Dos casos en los que por diversas circunstancias tuvieron que tomar otros medicamentos, fueron descartados y no han sido considerados en la casuística presentada en este trabajo. Cinco casos que abandonaron el tratamiento han sido considerados en el grupo de resultado nulo.

Los resultados han sido clasificados en los siguientes grupos: a) Remisión, cuando se obtenía la supresión completa del síndrome depresivo; b) Mejoría marcada, cuando desaparecían los síntomas mayores del cuadro depresivo, persistiendo sólo algunos síntomas menores; c) Mejoría leve, cuando sólo se obtenía una disminución moderada en la intensidad de los síntomas; y d) Resultado nulo cuando no se observaba ningún cambio favorable o se apreciaba más bien un empeoramiento.

RESULTADOS

En el Cuadro No. 2 se aprecia que los 118 pacientes estudiados fueron divididos en dos grupos de 59 pacientes cada uno, sirviendo uno de los grupos como control. En el grupo que recibió la droga se obtuvieron los siguientes resultados: Remisión completa de 18 casos (30.5%), Mejoría marcada 25 casos (42.3%), Mejoría leve 9 casos (15.2%), Resultado nulo 7 casos (11.8%). Estas cifras comparadas con las obtenidas en el grupo control evidencian diferencias estadísticamente significativas. En efecto, sumando los resultados de remisión completa y mejoría marcada, se obtiene para la protriptilina 43 casos (72.8%) y para el placebo 6 casos (10.1%), lo que muestra un índice de eficacia terapéutica del farmaco investigado 7.2 veces mayor que la del placebo.

CUADRO Nº 2

Resultados generales al completar dos meses de tratamiento.

Resultado	Protriptilina	Placebo
Remisión	18 (30.5%)	2 (3.3%)
Mejoría marcada	25 (42.3%)	4 (6.7%)
Mejoría leve	9 (15.2%)	30 (50.8%)
Resultado nulo	7 (11.8%)	23 (38.9%)
TOTAL	59 (100%)	59 (100%)

CUADRO Nº 3

Resultados obtenidos en relación a la forma clínica de los cuadros depresivos.

FORMAS CLINICAS	Protriptilina					Placebo				
	Rems.	Mejor Marcd.	Mejor leve	Nulo	Total	Rems.	Mejor Marcd.	Mejor leve	Nulo	Total
Reacción Psiconeurótica de depresión	9	15	3	5	32	1	1	17	14	33
Fatiga crónica psicógena	5	2	1	0	8	0	1	5	4	10
Melancolía involutiva	2	1	3	0	6	0	1	3	2	6
Depresión con alcoholismo	1	2	1	0	4	0	0	2	1	3
Hipocondría con depresión	0	2	0	2	4	0	1	1	0	2
Fase depresiva de la reacción maniaco-depresiva	1	1	1	0	3	0	0	1	1	2
Depresión situacional	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1
Reacción esquizofrénica asociada con depresión	0	1	0	0	1	0	0	1	1	2
TOTALES	18	25	9	7	59	2	4	30	23	59

CUADRO Nº 4

Resultados obtenidos en relación al tiempo del tratamiento.

	Protriptilina				Placebo			
	Remisión	**Mejoría marcada**	**Mejoría leve**	**Nulo**	**Remisión**	**Mejoría marcada**	**Mejoría leve**	**Nulo**
A las 24 horas	0 (0%)	0 (0%)	18 (30.5%)	41 (69.5%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (20.2%)	47 (79.7%)
A las 48 horas	0 (0%)	14 (6.7%)	29 (48.8%)	26 (44.0%)	0 (0%)	0 (0%)	16 (27.1%)	43 (72.8%)
A la 1ra. semana	2 (3.3%)	16 (27.1%)	20 (33.8%)	21 (35.5%)	1 (1.6%)	0 (0%)	19 (32.2%)	39 (66.1%)
A las 2 semanas	10 (16.9%)	25 (42.3%)	14 (23.7%)	10 (16.9%)	1 (1.6%)	2 (3.3%)	31 (52.5%)	25 (42.3%)
A las 4 semanas	17 (28.7%)	25 (42.3%)	9 (15.2%)	8 (13.5%)	2 (3.3%)	3 (5.0%)	31 (52.5%)	23 (38.9%)
A las 6 semanas	18 (30.5%)	25 (42.3%)	8 (13.5%)	8 (13.5%)	2 (3.3%)	4 (6.7%)	30 (50.8%)	23 (38.9%)
A las 8 semanas	18 (30.5%)	25 (42.3%)	9 (15.2%)	7 (11.8%)	2 (3.3%)	4 (6.7%)	30 (50.8%)	23 (38.9%)

De los 118 pacientes, 5 (4.2%) abandonaron el tratamiento, por lo que en la evaluación final han sido incluídos en el grupo de Resultados nulos. Entre los pacientes que recibieron la droga 4 (6.7%) abandonaron el tratamiento, mientras que en el grupo que recibieron placebo, sólo 1 (1.6%) no concluyó el tratamiento.

En el Cuadro No. 3 se aprecian los resultados obtenidos en relación a las formas clínicas de los cuadros depresivos. Para las reacciones psiconeuróticas de depresión se obtuvo una eficacia terapéutica del 75%, que comparada con el 6% obtenida con el placebo, da un índice de eficacia terapéutica de 12.5. Para los cuadros de fatiga crónica psicógena se obtuvo una eficacia terapéutica de 87.5%, que comparada con el 10% obtenido con el placebo dá un índice de eficacia terapéutica de 8.7. El número reducido de las otras formas clínicas, no permiten sacar índices significativos.

Como puede apreciarse en el Cuadro No. 4, la acción del fármaco, empieza a manifestarse ya a las 24-48 horas, creciendo paulatinamente su eficacia, hasta alcanzar su acmé entre las 4 y las 5 semanas. La inhibición psicomotora, el decaimiento, la fatigabilidad y el ensimismamiento, fueron los primeros síntomas en desaparecer. Los que desaparecieron más tardiamente fueron los sentimientos de culpabilidad, la tristeza, la propensión al llanto y la dificultad para concentrarse.

A las dosis empleadas, los efectos colaterales han sido mínimos, presentándose sólo en 16 casos (27.1%), siendo los más frecuentes el insomnio y la inquietud. En el Cuadro No. 5 puede apreciarse la distribución de estos síntomas secundarios en comparación con los del grupo control. Cabe destacarse que de los 7 casos que transcurrieron con somnolencia en 4 el resultado fue nulo y en los otros 3 la mejoría fue leve. Los 4 casos que recibiendo la droga abandonaron el tratamiento, presentaron como síntoma secundario inquietud y angustia de grado severo.

Después de suspendida la droga, como puede apreciarse en el Cuadro No. 6, los 43 pacientes en los que se obtuvo buen resultado con la protriptilina, concurrieron totalmente al primer control semanal, registrándose en ese período dos recidivas (4.6%). Al finalizar la cuarta semana, sólo concurrieron al control treinta pacientes (69.7%), de los cuales dieciocho (60%), conservaron la mejoría.

CUADRO Nº 5

Efectos colaterales.

Efectos colaterales	Protriptilina	Placebo
Inscmnio	17 (28.7%)	3 (5.0%)
Inquietud	14 (23.7%)	2 (3.3%)
Ansiedad	7 (11.8%)	2 (3.3%)
Mareos	7 (11.8%)	2 (3.3%)
Somnolencia	7 (11.8%)	1 (1.6%)
Sequedad de boca	7 (11.8%)	0 (0%)
Estreñimiento	4 (6.7%)	1 (1.6%)
Palpitaciones	3 (5.0%)	1 (1.6%)
Sin efectcs colaterales	43 (72.8%)	56 (95.0%)

CUADRO Nº 6

Control después de suspendida la droga.

	1ra. semana	2da. semana	3ra. semana	4ta. semana
Conservaron la mejoría	41 (95.3)%	27 (75.0%)	20 (66.6%)	18 (60.0%)
Recidivaron	2 (4.6%)	9 (25.0%)	10 (33.3%)	12 (40.0%)
Acudieron al control	43	36	30	30

DISCUSION

En nuestra casuística, dada por pacientes con cuadros depresivos no psicóticos, la eficacia terapéutica de la protriptilina (72.8%) comparada con la del grupo control (10.1%) coloca en primera línea a este fármaco entre los medicamentos antidepresivos. Similares comprobaciones han hecho Adams E. (1), Master R. S. (2), Gusmao M. L. (4) y Arnold y Kryspin-Exner (5) entre otros.

Sin embargo es necesario señalar que una vez suspendida la droga, después de cumplidos dos meses de tratamiento, se encontró que los síntomas recidivaron en un porcentaje relativamente alto (40% al finalizar la cuarta semana en los pacientes controlados), lo que muestra el efecto sintomático del preparado y la necesidad de un tratamiento complementario que aborde los conflictos psicológicos que condicionan la depresión.

En lo que se refiere a las características clínicas de la depresión, respondieron mejor los cuadros de fatiga crónica. Los dieciseis pacientes (21.7%) en los que no se obtuvo resultados satisfactorios con la protriptilina, respondieron luego a otras medidas terapéuticas, siendo por eso importante la selección de los pacientes. Cabe destacar que en los siete casos que respondieron con somnolencia a la protriptilina no se obtuvieron resultados satisfactorios, siendo este síntoma índice de mal pronóstico y de la necesidad de recurrir a otro fármaco.

A excepción de cuatro pacientes (6.7%) que abandonaron el tratamiento por el estado de inquietud que les produjo la droga, podemos decir que los efectos colaterales, en nuestra casuística, a las dosis empleadas, han sido de escasa importancia y bien tolerados, no habiendo sido necesario el empleo de medicación complementaria, ni la modificación del esquema terapéutico, habiendo permitido a los pacientes continuar en sus labores habituales.

CONCLUSION

El clorhidrato de protriptilina auna, pues, a su eficacia y a la seguridad de su manejo, la rapidez de su acción, lo que le convierte en un instrumento valioso en el tratamiento ambulatorio de los cuadros depresivos.

RESUMEN

Se llevó a cabo en el Consultorio Externo del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima, un estudio a doble ciego, con 118 pacientes sobre la efectividad terapéutica del clorhidrato de protriptilina en el tratamiento ambulatorio de los cuadros depresivos. El fármaco se administró durante dos meses en dosis que variaron entre 10 y 40 miligramos al día. Se obtuvo el 72.8% de respuestas satisfactorias, cifra que comparada con el 10.1% obtenida en el grupo control, da un índice de eficacia terapéutica de 7.2 que es altamente satisfactorio. Los mejores resultados se obtuvieron en los cuadros depresivos en los que predominaba la adinamia. A las dosis empleadas, los efectos colaterales fueron de escasa importancia. Cuatro semanas después de suspendido el tratamiento el 60% de los pacientes controlados habían conservado la mejoría alcanzada.

SUMMARY

It has been carried out at the out patient department of the Hospital Obrero de Lima a double-blind survey with 118 patients about therapeutic results with protriptyline chloridate in the treatment of depressed patients.

The drug was given during four months at a 10 to 40 mg. daily dosis 72% of satisfactory response was obtained. If we compare this results with the 10.1% favorable response of the control group, this would point out a satisfactory level of therapeutic response of about 7.2%. Best results were obtained in depressive patients with predominant apathy. It the prescribed dosis, the colarateral effects were minimal, four weeks after treatment was withheld 60% of the controlled patients remain improved.

BIBLIOGRAFIA

1. ADAMS DANEMAN E.: "Experiencia clínica con un nuevo antidepresivo en un estudio a doble ciego". (Reimpreso de "Psychosomatics", volumen VI. Setiembre-Octubre, 1965). — 2. MASTER, R. S.: "Protriptyline a new antidepressant. A preliminary report", Indian J. Psychiat. 6: 113-115. Julio, 1964. — 3. COUNCIL ON DRUGS: Protriptyline hidrochloride. J. Amer. Med. Ass. 186: 788, Nov. 23, 1963. — 4. GUSMAO, M. L.: "Ensaio Clínico Dum novo Farmaco Antidepressivo Protriptyline (MK-240", O medico 23: 894-900, Dic. 31, 1964. — 5. ARNOLD, O. H. y KRYSPIN-EXNER, K.: "Klinische Erfahrungen mit dem Antidepresivum Protriptyline (MK-240)". Wien. med. Wschr. 49: 883-888, Dic. 5, 1964.

DIFERENCIAS ENTRE EL GLUCOGENO CEREBRAL DE RATAS A NIVEL DEL MAR Y A 4,540 m. DE ALTURA

OLGA CASTRO DE LA MATA* y JUVENAL SÁNCHEZ LIHÓN**

INTRODUCCION

Los factores contribuyentes a la aclimatación a las grandes alturas, han sido estudiados por anatomistas, fisiológos y bioquímicos, ellos han encontrado que los cambios adaptativos en los sistemas cardio vascular y respiratorio, resultantes de una larga permanencia en la altura, tienden a restaurar la presión de oxígeno en los tejidos, igualándola a la presión de éstos a nivel del mar. Se ha comprobado también que los habitantes de las grandes alturas, tienen un aumento de la capacidad vital, de la ventilación pulmonar, del número de glóbulos rojos y hemoglobina total. Se ha demostrado que los capilares están aumentados en el cerebro, la piamadre, la coroides y la retina de ratas y conejos mantenidos de uno a tres meses a una altura de 4,000 a 8,000 metros sobre el nivel del mar.

Las autopsias realizadas en seres humanos nativos que han vivido a una altura de 4,800 m., muestran dilatación de los capilares sanguíneos y sinusoides en los pulmones, tráquea, bronquios y bazo, ésto podría mejorar la oxigenación celular a una baja tensión atmosférica por reducción del área tisular irrigada por cada capilar.

A pesar del gran número de cambios adaptativos sistémicos descritos en seres humanos y en animales aclimatados, muchos investigadores creen que la aclimatación a las grandes alturas básicamente depende de cambios adaptativos a nivel celular, por lo que este trabajo fue planeado para tratar de comprobar si existen o no variaciones del glucógeno y de algunos sistemas enzimáticos cerebrales, en organis-

* Profesora Auxiliar del Departamento de Ciencias Morfológicas.
** Alumno del 6º Año de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M.

mos expuestos a la anoxia aguda y a la anoxia crónica, responsables del soroche agudo y del mal de montaña crónico, respectivamente.

Material y métodos.— Este estudio comprende dos etapas:

1) Demostración histoquímica a nivel celular y determinación, bioquímica del glucógeno cerebral.
2) Demostración histoquímica de algunas enzimas cerebrales hidrolíticas y oxidativas, a nivel celular y su correlación con las diferencias encontradas entre el glucógeno cerebral de ratas en anoxia aguda, aclimatadas a 4,540 m. y a nivel del mar. Hemos empleado ratas Wistar albinas, hembras y machos indistintamente, en un total de 90, divididas en tres grupos de 10 ratas cada uno:

Grupo A) a nivel del mar.
Grupo B) en anoxia aguda (recientemente llevadas a Morococha).
Grupo C) Aclimatadas a 4,540 metros (tres meses de permanencia en Morococha).

Las ratas fueron sacrificadas por decapitación y los cerebros extirpados inmediatamente, colocándose la mitad en hielo seco para estudio enzimático y la otra mitad en fijador de Gendre para glucógeno.

El estudio bioquímico de glucógeno lo hicimos en el Instituto de Bioquímica y Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos, el histoquímico en el Laboratorio de Histología de la misma Universidad y para producir anoxia aguda y aclimatación a 4,540 m utilizamos el Laboratorio de Biología Andina de Morococha, también perteneciente a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Para la extracción y determinación bioquímica del glucógeno, al principio, empleamos el método del ácido tricloro acético según Carrol y colaboradores, pero después de numerosos ensayos y modificaciones concluímos que este método no era adecuado para tejido cerebral, puesto que en el proceso de dosaje se pierde aproximadamente el 50% y al hacer las lecturas obteníamos una medición ínfima. Posteriormente y basándonos en los métodos de Kerr y de Hassid y colaboradores, después de múltiples ensayos y modificaciones estandarizamos el siguiente método:

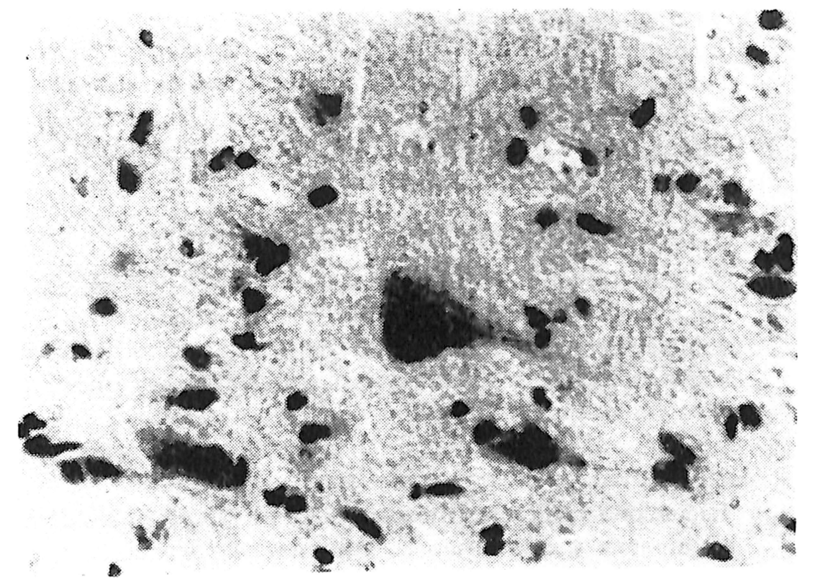


Fig. 1.— Glucógeno intraneuronal en las ratas testigo, a nivel del mar.

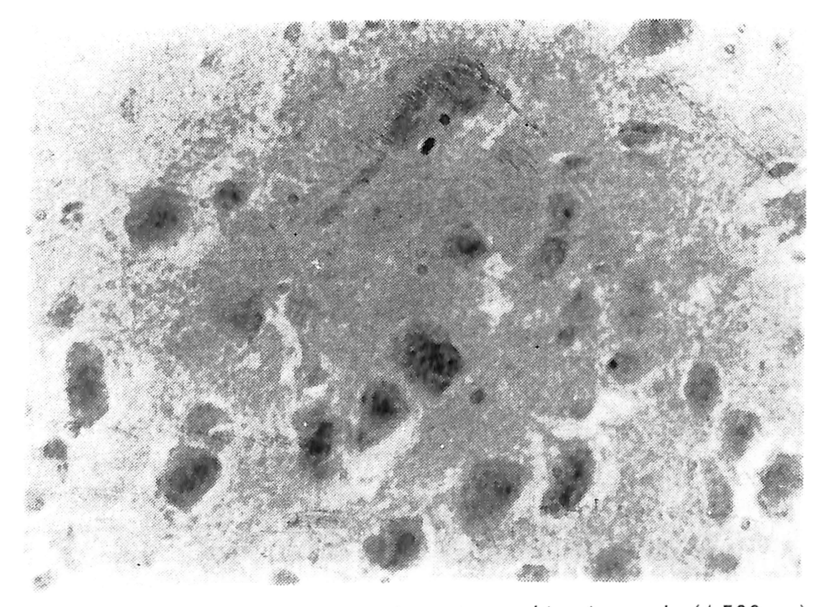


Fig. 2.— Glucógeno intraneural en las ratas en hipoxia aguda (4,500 m.).

1) Pesar el tejido cerebral (un hemisferio).
2) Sumergir en un tubo de centrífuga con 5 ml. de KOH al 30%.
3) Colocar el tubo en un baño de agua hirviente durante 30 minutos.
4) Enfriar.
5) Agregar 6.25 ml. de etanol al 95%.
6) Mezclar bien con una vagueta previamente lavada con etanol al 60%.
7) Calentar el tubo hasta ebullición y enfriar nuevamente.
8) Centrifugar durante 15 minutos a una velocidad de 3,000 revoluciones por minuto, decantar y deshechar el sobrenadante y poner el tubo a drenar sobre papel filtro por unos minutos.
9) Disolver el precipitado en 1 ml. de agua destilada, precipitar con 1.25 ml. de etanol al 95%, centrifugar, decantar, desechar el decantado y drenar como en el paso anterior.
10) Resuspender en una mezcla metanol cloroformo (Metanol 80 volúmenes y cloroformo 20 volúmenes). Agitar bien para disolver los lípidos calentando el tubo en un baño de agua caliente.
11) Centrifugar, decantar, desechar y drenar como en los pasos anteriores.
12) Disolver el precipitado en 1 ml. de agua destilada.
13) Determinación del Glucógeno, como glucosa, por el método de la antrona.

Para la demostración histoquímica del glucógeno, empleamos la técnica del Carmín de Best; no hicimos la reacción de P. A. S. por dificultades técnicas en el bloqueo de los grupos aldehidos.

RESULTADOS

Los resultados de la determinación bioquímica, pueden observarse en el Cuadro Nº 1, en el que se nota una disminución apreciable del glucógeno cerebral en las ratas en anoxia aguda, y un aumento, también apreciable, en las ratas aclimatadas, comparando ambos grupos con el grupo testigo a nivel del mar. Estas diferencias pueden objetivarse en las microfotografías correspondientes a la demostración histoquímica del glucógeno.

CUADRO Nº 1

DETERMINACION BIOQUIMICA DEL GLUCOGENO EN CEREBROS DE RATAS A NIVEL DEL MAR, EN ANOXIA AGUDA Y ACLIMATADAS A 4,540 m. DE ALTURA

A nivel del Mar (Lima)		**En Morococha (Anoxia aguda)**		**Aclimatación 3 meses en Morococha**	
Casos	**Resultados mgrs. %**	**Casos**	**Resultados mgrs. %**	**Casos**	**Resultados mgrs. %**
C_1	58.7	C_1	63.6	C_1	53.0
C_2	57.7	C_2	49.2	C_2	72.0
C_3	70.6	C_3	47.9	C_3	59.8
C_4	71.8	C_4	61.4	C_4	92.9
C_5	54.0	C_5	75.8	C_5	72.0
C_6	64.5	C_6	51.7	C_6	82.6
C_7	63.4	C_7	39.0	C_7	124.8
C_8	58.1	C_8	62.2	C_8	57.9
C_9	65.3	C_9	44.4	C_9	61.4
C_{10}	70.8	C_{10}	42.4	C_{10}	62.4
PROMEDIO	63.49		53.76		73.97

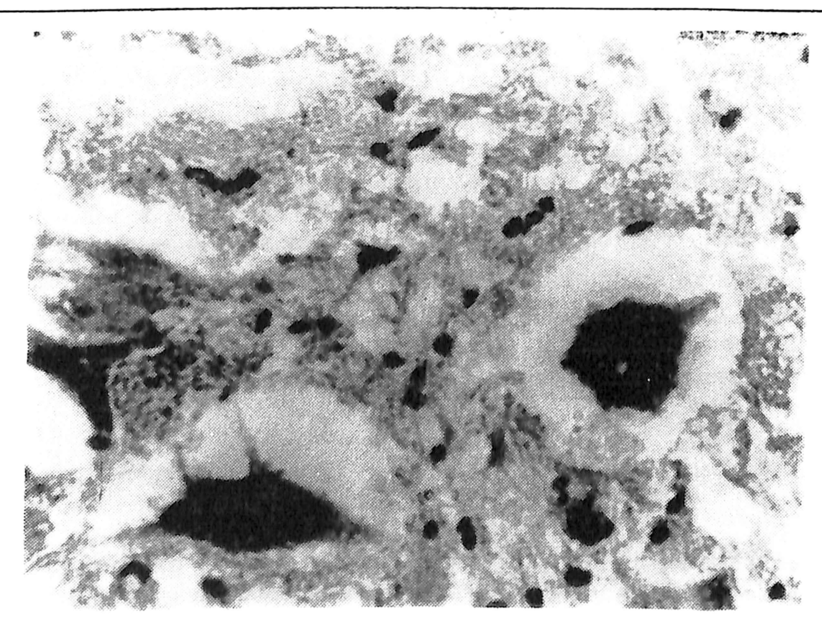


Fig. 3.— Glucógeno intraneuronal en las ratas con tres meses de permanencia en Morococha (4,540 m.).

COMENTARIO

Como ya expresáramos, muchos investigadores creen que a pesar del gran número de cambios adaptativos sistémicos descritos en seres humanos y en animales aclimatados, el fenómeno de aclimatación a la altura depende, básicamente, de cambios adaptativos a nivel celular, nosotros compartimos esta opinión. Los requerimientos energéticos tisulares se expresan a través de la demanda de fosfatos de alta energía producidos durante el metabolismo, la adaptación del metabolismo celular a condiciones anóxicas pueden reflejarse por cambios en la concentración o cantidad de producción de los elementos claves del metabolismo intermediario.

En experimentos llevados a cabo en cámaras de baja presión, simulando alturas de 5,454 y 6,060 metros, Himwich y colaboradores estudiaron el comportamiento de los intermediarios glicolíticos, encontrando muchas variaciones en la conducta de dichos intermediarios. Los resultados por ellos encontrados sugieren que el incremento de la hemoglobina y otras adaptaciones sistémicas ocurren para conservar el nivel de A.T.P. celular en las grandes alturas igual que a nivel del mar, o puede ocurrir que haya una inhibición de la glicolisis cuando los tejidos están expuestos a una baja tensión de oxígeno.

Nosotros hemos encontrado un aumento en la cantidad de A. T. Pasa, en ratas sometidas a hipoxia aguda, junto con una marcada disminución del glucógeno intraneuronal, lo que podría sugerir una mayor producción de la enzima o una acumulación de ésta por falta de utilización.

Las ratas aclimatadas mostraron un aumento de glucógeno celular paralelo a un aumento enzimático, lo que sugeriría una tendencia a adoptar las condiciones intracelulares a las de las células a nivel del mar, proporcionándoles los elementos energéticos requeridos en la altura.

RESUMEN

Hemos estudiado el glucógeno cerebral en 90 ratas divididas en grupos de 30, a) a nivel del mar, b) recientemente trasladadas a Morococha (4,540 m.) y c) con tres meses de aclimatación a 4,540 m., habiendo encontrado que el glucógeno está aumentado en las ratas aclimatadas y

disminuído en las ratas en hipoxia aguda, comparadas con el grupo testigo a nivel del mar.

Tanto el aumento, como la disminución del glucógeno son apreciables.

SUMMARY

We have studied the cerebral glucogen in 90 rats divided in groups of 30: a) at sea level, b) recentely translated to Morococha (4,540 meters) and c) with three months of aclimatation at 4,540 meters, having found that the glucogen is increased in the aclimated rats and decreased in acute hypoxia rats, compared with the witness group at sea level.

Both increase and decrease of glucogen are noted.

BIBLIOGRAFIA

1. HURTADO, A.: Am. J. Physiology Anthrop. 17: 137, 1932. — 2. MONGE MEDRANO, C.: Rev. Neur. Psiq. 2: 536, 1939. — 3. MONGE MEDRANO, C.: An. Fac. Med., Lima. Vol. xi, pg. 1-75, 1928. — 4. MONGE CASINELLI C.: An. Fac. Med., Lima. 32: 1, 1949. — 5. CAMPOS R. de C.: Jorge Randolph Field, Report. Nº 55-97, 1956. — 8. GREEN, P.: Canad., M. A. J. 66: 175, 1952. — 7. THORN W. S. y CHOLL H.: J. Neurochem 2: 150, 1958. — 8. SAMSOM F. y BALFOUR E.: Am. J. Physiol 196: 325, 1959. — 9. THORN, W.: Biochem Z. 331: 545, 1959. — 10. COHEN, M. C.: J. Neurochem 9: 337, 1962. — 11. KREINBERG, W.: Arch. ger. Physiol. 247: 11, 1943. — 12. WOOLLEY, D. E.: Am. J. Physiol 205: 727, 1963. — 13. TIMIRAS, P. S.: Am. J. Physiol. 193: 415, 1958. — 14. KERR.: J. Biol. Chem 1: 116, 1936. — 15. VAN LIERE, E. J.: Anoxia. Its effect on the body. Univ. of Chicago Press, 111, 1942, 208. — 16. HIMWICH, H. E.: Brain Metabolism and cerebral disorders, Williammns and Wilkins, Baltimore, 1951. — 17. ALBAUM, H. G., CHINN, H. I. L.: Am. J. Physiol 174: 141, 1953. — 18. ALBAUM H. G., NOELL W. K., CHINN H. I. L.: Am. J. Physiol. 179: 408, 1953. — 19. BIDDULPH, C., VAN FOSSAN D. D.: J. Appl. Physiol. 13: 486, 1958.

SUBDESARROLLO, POBREZA Y OBSTACULOS A LOS PROGRAMAS DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD

HUMBERTO ROTONDO*

1.— Modelos de salud mental en la comunidad y ambiente socio-cultural.

Los servicios psiquiátricos orientados hacia la comunidad para ser comprensivos han de instrumentarse, flexiblemente, de acuerdo a las características socio-culturales de las poblaciones que se proponen atender, directa e indirectamente. Se trata de servicios que inician un conjunto ordenado de acciones anticipatorias, asociando todos los recursos disponibles en una comunidad, destinadas a impedir la aparición, detener el curso o "curar" la enfermedad o desorden psiquiátrico, al mismo tiempo que previenen o reducen la incapacidad existente.

Este modelo médico-preventivo al aplicarse a poblaciones o comunidades, forma parte de la práctica de salud pública y en tanto se dirige a los individuos y sus famiilas es o puede ser del dominio de todo médico (1).

En los países sub-desarrollados, como bien sabemos, el ambiente en sus diversos aspectos conexos (social, cultural, físico, etc.), no siempre es favorable para un desarrollo óptimo y un buen funcionamiento de los individuos y de sus familias. Privaciones de todo tipo (físicas, culturales, sociales, etc.), desorganización social, tendencia a la desintegración e inestabilidad familiar se relacionan en forma circular, reforzándose mutuamente (2) (3). La pobreza resulta así: causa y consecuencia. A la mala salud en general se le asocia una mengua de la salud emocional. Así puede decirse que los problemas psiquiátricos

* Profesor Principal y Jefe del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M.

de los pobres se entremezclan a otras clases de problemas: de salud en general, de bienestar, de integración de la familia, etc. Por otra parte se crean círculos negativos en relación a la cobertura insuficiente e inadecuada de las necesidades de salud y a lo que pudiera denominarse una tendencia a la presentación de reacciones psicopatológicas y situaciones problemáticas sociales bajo forma de "cadena", serie creciente o en espiral.

No nos vamos a ocupar, propiamente hablando, de los diferentes servicios psiquiátricos orientados hacia la comunidad, directos e indirectos, y a las estrategias posibles para multiplicar influencias saludables, cuando se cuenta con escasos recursos, etc. Nos vamos a limitar a esbozar, mostrando los resultados de una experiencia concreta, las dificultades sociales y culturales, tanto a nivel de la comunidad, pero principalmente a nivel del grupo familiar, que pueden representar limitaciones en relación a las diferentes y posibles intervenciones preventivas (primarias, secundarias y terciarias).

De un lado mencionaremos resultados de investigaciones dirigidas por nosotros, que muestran extendidas actitudes de dependencia, custodialistas y fatalistas en familiares de pacientes psiquiátricos pobres que acuden a un Hospital Centro de Salud de Lima. Estas actitudes se asocian a tendencias del tipo "negación", que concurren a minimizar, a no percibir el trastorno o a procurar que los pacientes "olviden" la conexión con el Hospital Psiquiátrico, o sea actitudes opuestas a la posibilidad de efectivos tratamientos de mantenimiento y de cuidados de post-cura en la comunidad.

De otro lado delinearemos un síndrome psico-social, que denominamos "síndrome de exclusión familiar", que representa, a nuestro entender, una seria limitación superimpuesta al trastorno o condición psiquiátrica y que se caracteriza fundamentalmente por una quiebra del funcionamiento social y psicológico, por eliminación más o menos activa del paciente psiquiátrico del grupo familiar al que pertenece. Este síndrome al aparecer muy frecuentemente en la población pobre se dá a propósito de cualquier enfermedad o desorden psiquiátrico en niños, adultos y ancianos, en desórdenes de la conducta, psicóticos, alcohólicos, epilépticos, etc., y merece un intento preliminar de sistematización.

2.— Expectativas de familiares y Servicios de un Hospital Centro de Salud Mental.

En el Hospital Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán" (Vitarte-Lima), seguimos una política definida, consistente, encaminada a evitar las hospitalizaciones y llevar a cabo, inmediatamente, los tratamientos requeridos sin elaborados, prolongados e innecesarios procedimientos de estudio inicial por parte de profesionales no médicos (intake), ni listas de espera cuando es indispensable la admisión. Todos los pacientes se observan en la consulta externa. Cuando el médico a quien se le ha asignado el caso considera necesaria la hospitalización, lo refiere para consulta y decisión final a una Junta Médica.

La Junta a su vez sistemáticamente propone alternativas a la hospitalización total y aconseja las más de las veces tratamiento en consulta externa u Hospital de día, que forman parte de nuestro sistema de servicios.

Esta labor preventiva de la hospitalización, encuentra obstáculos en presiones diversas y en las actitudes de los mismos familiares. En una muestra de 100 familiares que llevaron por primera vez pacientes a nuestro Hospital Centro de Salud, se observó que la expectativa dominante fue la de buscar hospitalización (74%), 21% solicitaron tratamiento ambulatorio y 5% se limitaron a esperar lo que el médico determinase.

Ahora bien, en esa misma muestra la disposición médica respecto a los casos consultados fue la siguiente: tratamiento en consulta externa 84%, hospitalización total 13%, referidos a otros centros asistenciales neurológicos y generales 2%, Hospital de día 1%.

En el caso de hospitalizarse un caso psiquiátrico, se procura en la medida de lo posible que su estancia sea lo más breve posible, para tratarle luego en forma ambulatoria o en hospital de día. Trabajamos a este respecto con ciertas limitaciones, pues tenemos un 25% de pacientes con más de dos años de hospitalización, objeto de nuestra preocupación y atención especiales, a través de intervenciones intensivas de rehabilitación inicial; muchos de ellos incluibles dentro del síndrome de exclusión familiar, acerca del cual trataremos después.

A propósito de la duración de las estancias, señalaremos los promedios de los últimos cinco años.

CUADRO Nº 1

Promedio de estancia en días (año, setiembre-agosto)

Año:	Días:
1963	178.8
1964	167.8
1965	195.5
1966	228.3
1967	176.6

Esta política de estancias cortas, se halla en oposición a las expectativas de los famiilares y de muchas figuras claves de la colectividad, aquellos a las que recurren, siguiendo un modelo cultural de búsqueda de padrino o "recomendación" para fines custodiales (4). Ellos esperan largas hospitalizaciones e intervenciones de terceros para que éstas se prolonguen indebidamente, como podemos ver en el siguiente cuadro:

CUADRO Nº 2

Opiniones en relación a posibilidades de lograr y prolongar la hospitalización

	De acuerdo:	Desacuerdo:
"El ingreso de mi paciente al Hospital puede facilitarse con una recomendación"	84	16
"Mi paciente podría quedarse más tiempo con una recomendación"	78	22
"En esta vida todo se puede conseguir con la vara"	72	28

La hospitalización es considerada como un medio de aliviar la situación económica, un alivio no sólo en relación a la enfermedad, si-

no a la carga que les representa el paciente, etc. Esto se expresa claramente en el cuadro siguiente.

CUADRO Nº 3
Expectativas de los familiares en cuanto a la función del Hospital

	Nº de respuestas	%
Atención-cuidado del paciente	53	49.54
Ayuda económica	51	47.67
Orientación	2	1.86
Solución de los problemas	1	0.93

3.— Sistema de Hospitalización total y actitudes custodiales de los familiares y del personal.

Al producirse la hospitalización de su paciente, la familia se encuentra con un sistema de puertas abiertas y de expectativas de actividad para los mismos, que representa una contradicción a las que han traído al Hospital; así va a serles posible visitarles diariamente, traerles alimentos y, si desean, acompañarles o participar en sus reuniones.

El Hospital Centro de Salud "Hermilio Valdizán" cuenta con 400 camas, de las cuales 375 pertenecen a pabellones abiertos. Los pacientes son hospitalizados en cualquier pabellón y guardan cama sólo aquellos que tienen una prescripción determinada en relación a un tratamiento intensivo con psicofármacos o reposo por estado de agotamiento o necesidad de ser cuidados en caso de intentos de suicidio. No hay nada que los identifique, uniforme o ropa especial, cada cual lleva su ropa buena o mala que trae; a lo más, de cuando en cuando, hay grupos de pacientes que portan insignias de activistas o de promotores de actividad en otros pacientes.

Se sigue una política médica definida a fin de evitar una población homogénea en cada pabellón en lo que concierne a diagnóstico clínico y a nivel de incapacidad. Esto permite la puesta en marcha de programas de ayuda mútua entre los pacientes y que los mejores integrados, promuevan comunicaciones y participaciones de aquellos que no lo están en ese momento.

Se espera responsabilidad, hay expectativas de comportamiento socialmente adecuado y se desanima el adorno grotesco, las posturas extravagantes, el desaliño, etc.

Un estudio realizado por Robert B. Bechtel de la Universidad de Kansas en nuestro Hospital Centro de Salud Mental (1966), utilizando las escalas denominadas C.T.E. (Characteristics of the treatment enviroment) (5), encuentra actitudes humanistas o rendimientos humanistas elevados, en casi todas sus sub-escalas, en el personal más próximo al paciente, incluyendo a las auxiliares de enfermería. Estas escalas, diremos, permiten evaluar, objetivamente, las participaciones del personal en cuanto: a) el desarrollo de la iniciativa y creatividad de los pacientes; b) incremento de su estima personal; c) reducción de la angustia de los pacientes; d) ayuda para que los pacientes comprendan su propia enfermedad; e) ayuda para que los pacientes reduzcan sus distorsiones de la realidad; y f) el incremento de la particicipación y habilidad de los pacientes.

CUADRO Nº 4

Promedios en subescalas del C.T.E. de grupos profesionales del Centro de Salud Mental Hermilio Valdizán

Sub-escalas	Asistentes Sociales N = 2	T.O. N = 7	Enfermeras N = 10	Médicos N = 9	Auxiliares N = 8
A	5.89	6.21	6.01	5.43	5.43
B	5.88	6.23	5.80	6.15	5.06
C	4.81	5.41	5.35	5.38	5.14
D	5.38	5.73	5.66	5.02	6.45
E	5.05	5.54	5.01	4.83	5.23
F	6.03	6.27	5.96	5.53	5.58

Estos hallazgos indican una tendencia humanista entre aquellos que configuran el medio ambiente inmediato hospitalario. Ahora bien, el personal paramédico, es preciso señalarlo, recibe desde hace mucho tiempo adiestramiento en servicio y muchas son las oportunidades para interaccionar entre sí y con el personal médico, sin mayores distancias, ni barreras de casta profesional y por supuesto con todos los pacientes, lo que se ve favorecido por el régimen de puertas abiertas y la accesibilidad de las estaciones de enfermería.

Nuestro sistema de hospitalización total, como decíamos, funciona bajo un régimen de puertas abiertas, condición desalienante, favorable para contrarrestar todo cuanto signifique una mengua de la dignidad humana de los pacientes y del personal (6). Con todo, no es un fin en sí mismo, sino un medio para facilitar luego, la reinserción de aquellos en el medio familiar y en la comunidad de donde proceden; por eso a los pacientes y a los familiares se les plantean objetivos reintegradores, desde antes de la admisión al Hospital. En este sentido funciona un programa de orientación dirigido hacia la familia y al propio paciente, mientras es atendido en la consulta externa.

Sin embargo, puede decirse, que el sistema funciona en medio de presiones negativas, constituidas por las actitudes y valores de la familia y de figuras-claves de la comunidad que se oponen a la función o componente de socialización del Hospital Psiquiátrico, simple paso dentro de un conjunto de servicios en la comunidad (7).

Hay en los familiares una definida expectativa de tipo autoritario en relación a la manera como debe llevarse y orientarse a sus pacientes. Asimismo, en gran mayoría, esperan que éstos reciban tratamientos farmacológicos, siguiendo el modelo médico general. Esto se asocia a opiniones culturales de evidente sentido oral-agresivo y fatalista del mismo tipo del hallado por nosotros en poblaciones mestizas (8). Veamos, a este respecto, el Cuadro Nº 5.

CUADRO Nº 5

Opiniones:	De acuerdo:	En desacuerdo:
"La enfermedad mental se debe generalmente a la mala alimentación"	81	19
"Es mejor una buena alimentación que la medicación en caso de las enfermedades mentales"	55	45
"El que un enfermo mejore, depende más de la suerte que de otra cosa"	75	25
"Los remedios de nada sirven si las enfermedades mentales son cosa de la fatalidad"	62	38
"Las enfermedades mentales son debidas a la mala suerte"	71	29
"La enfermedad mental puede ser causada por daño (brujería)"	55	45
"Gente envidiosa puede causar enfermedad mental"	73	27

Pero las expectativas incluyen, reposo, poca actividad, aislamiento, seclusión, para el período de hospitalización Esto es lo que puede comprobarse en el Cuadro Nº 6.

CUADRO Nº 6

¿Qué piensa Ud. de lo qua conviene a su paciente mientras esté hospitalizado?

	Acuerdo	Desacuerdo
Régimen de reposo	90	10
Debe permanecer en cama	48	52
Debe tener alguna actividad	83	17
No salir	85	15
Descanso	97	3
No debe trabajar	71	29
Sobrealimentación	96	4
Pocas visitas	75	25
Lo que el médico diga	99	1

Es decir, predomina en los familiares una orientación custodialista a la par que protectora. Encontramos, empero, una disposición constructiva en el caso de ser utilizada apropiadamente por el personal médico y paramédico, se trata de una actitud dependiente, pasiva, manifiesta en la frecuente declaración de que lo que le "conviene a su paciente es lo que el médico diga".

4.— El sistema post-hospitalario y las expectativas familiares.

Siguiendo el principio de la continuidad del cuidado, un mismo médico atiende al paciente y a su familia desde que acuden y luego a lo largo de todo el sistema de servicios que recorran, de acuerdo a sus necesidades. De esta suerte se aseguran oportunidades para el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales positivas utilizables terapéuticamente.

Los médicos siguen los casos dados de alta del Hospital o atendidos en el Hospital de día anexo o en la consulta externa, en medio

de dificultades, unas materiales, otras derivadas de actitudes y expectativas negativas de la familia y de la comunidad. A este propósito mencionaremos resultados de investigaciones dirigidas por nosotros que muestran una tendencia a alejar al paciente del sistema de seguimiento y de control en la comunidad. Así, la mayoría de una muestra de cien familiares de pacientes psiquiátricos que por primera vez concurrían a nuestra consulta externa pensaba que era mejor para ellos "se olvidasen del Hospital una vez que hubiere estado en él".

CUADRO Nº 7

"Una vez que salga su paciente es mejor que se olvide que ha estado en un hospital psiquiatrico"

SI	65%
NO	24%
Que no se olvide	9%
Depende de su estado	2%

Aún para después de la salida del Hospital la famiila tiene frecuentes expectativas de "reposo", "distracciones" y una disposición a mantenerle alejado de los demás (vecinos y parientes), acompañada de una expectativa de que estos "nada pueden hacer" por sus pacientes.

El Servicio de enfermería, a través de su sección de Salud Pública, sigue en la comunidad aquellas casos que no concurren a controlarse en nuestra consulta. Estos son muchos y su cobertura no es posible con los recursos actualmente existentes. Muchas expectativas de la familia se oponen al mantenimiento de sus pacientes en la comunidad y específicamente a que mantengan el tratamiento farmacológico prescrito en nuestro Centro de Salud Mental. En el siguiente cuadro podemos ver así opiniones custodiales y protectoras, negativas para una buena reinserción y mantenimiento en la comunidad, pero como ya destacamos, también otras de un tipo positivo, de expectativa de dirección u orientación.

CUADRO Nº 8

¿Qué piensa Ud. de lo que le conviene a su paciente una vez que salga del Hospital?

	Acuerdo	Desacuerdo
Veremos	75	25
Le conviene descansar	75	25
Debe tener alguna actividad	93	7
Lo que el médico indique	100	0
Poco trabajo	89	11
Vigilancia	96	4
Sobrealimentación	97	3
Ir bajando la medicación	99	1

5.— El síndrome de quiebra social y el síndrome de exclusión familiar blancos concretos para la prevención.

Hemos revisado una serie de actitudes negativas, custodialistas, excluyentes, de los familiares de pacientes psiquiátricos, sin mencionar otros hechos manifestados a través de la conducta. No vamos a extendernos sobre un fenómeno frecuentemente observado en países subdesarrollados, consistente en el abandono de menores y de personas enfermas o lisiadas. Este abandono tiene una historia natural, es decir un origen, un curso y un término, un período pre-patogénico y otro patogénico. Se trata de una eliminación del enfermo o incapacitado que se lleva a cabo, generalmente de una manera progresiva, iniciándose a través de un descuido y progresiva exclusión de las actividades del grupo familiar y un creciente desintéres por el mismo, cuando éste abandona el hogar o llega a un hospital, sea cual fuere. Podemos observar este fenómeno en Hospitales generales, pediátricos y psiquiátricos, en niños, adultos y ancianos, tanto en nativos de la capital, cuanto en inmigrantes provincianos.

Este fenómeno ha sido debidamente delimitado en sus características psico-sociales y en cuanto a su historia natural. Le denominamos "síndrome de exclusión familiar", para destacar el proceso de eli-

minación activa y el consecutivo cerrar filas. La familia se comporta como si hubiese perdido por muerte a su miembro excluido y éste a su vez atraviesa por un penoso proceso comparable al del duelo. Inicialmente alternan esperanzas de un re-encuentro con profundas desesperanzas y desalientos, luego progresivamente se instala un estado de aparente indiferencia o apatía.

Este síndrome se superimpone a las manifestaciones propias de la enfermedad o trastorno y puede comenzar antes de cualquier atención médica u hospitalización, durante la hospitalización o después de ella. Este síndrome de deserción de la familia con respecto al paciente psiquiátrico es bien conocido por los psiquiatras de los países subdesarrollados, y tiene cierta analogía con el "síndrome de quiebra social" descrito por Ernest Gruenberg (9) (10), del que se diferencia en cuanto a su etiología por la exclusión activa del miembro enfermo por parte de la familia o del grupo familiar y por ciertas manifestaciones más bien de un tipo asocial que de una índole agresiva. El término de este síndrome se manifiesta bajo forma de una existencia solitaria, asocial, en ciertos casos pérdida o distorsión de la identidad personal, en los no hospitalizados se evidencia una conducta nomádica, errante, y en general se aprecia un nivel bajísimo de integración u organización personal.

Por presentarse en cualquier etapa de la historia natural de los trastornos psiquiátricos y en vista de su frecuencia y de su carácter limitante o incapacitante, merece ser tomado como un blanco u objetivo concreto para fines de prevención, lado a lado de lo que puede hacerse en relación al mismo trastorno o enfermedad psiquiátrica. Precisa delimitarlo mejor en sus diversas variedades y estudiar su epidemiología a fin de hacer más efectivas las necesarias y posibles intervenciones preventivas específicas.

Hemos revisado actitudes y expectativas que se oponen a la reinserción social de los pacientes psiquiátricos que atendemos en nuestro Centro de Salud Mental. Sin embargo ninguna intervención preventiva, será posible sin tener en cuenta ese "síndrome de exclusión familiar", al que específicamente hay que prevenir, anticipándose, a través de un robustecimiento e instrumentación del grupo familiar en lo que atañe a su bienestar y salud, haciéndole un partícipe activo en todos los programas preventivos (primarios, secundarios y terciarios). Contamos además para el desarrollo de estos programas con una notoria necesidad y expectativa de orientación y guianza, lo que se evidencia no sólo

en sus declaraciones, sino cuando se les hace participar en forma muy concreta en programas de tipo educativo fundamental.

RESUMEN

El autor estudia algunas dificultades sociales y culturales opuesias a la función socializadora del Hospital Psiquiátrico; lo observa así, en familiares de pacientes psiquiátricos frecuentes actitudes custodialistas, fatalistas y extendidas necesidades de dependencia. De otra parte describe en los pacientes psiquiátricos pobres un "sindrome ae exclusión familiar" caracterizado por su eliminación activa del seno familiar y por ciertos rasgos psicológicos (apatía, existencia asocial, ausencia de desempeño de papeles significativos). Se considera a este "sindrome" como un blanco obligado para acciones o intervenciones preventivas.

SUMMARY

The author studies some social and cultural difficulties opposed to the socialization function of the Psychiatric Hospital. The author observes in relatives of psychiatric patients frequent custodial and fatalistic attitudes and extended dependency needs. On the other hand describes among poor psychiatric patients a "syndrome of family exclusion" characterized by their active elimination from their families and certain psychological features (apathy, an asocial existence, and lack of perfomance of meaningful roles). This syndrome would be a "target syndrome" for preventive interventions.

BIBLIOGRAFIA

1. LEAVELL and CLARK: "Preventive Medicine for the Doctor in his community" Mac Graw Hill, New York, 1958. — 2. M. ADELARD TREMBLAY et EMILE GOSSELIN: "Le continuum panvreté - prosperité: son utilité en tant qu'indicateur de desintegration sociale" s/f/e. — 3. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION: "Deprivation in psychobiological development", 1966. — 4. H. ROTONDO y col.: "Un estudio de la "moral" en la colectividad de Mendocita". Revista Psiquiátrica Peruana 1: 259-271, Julio-Diciembre, 1958. — 5. JAY JACKSON: "Toward the comparative study of mental hospitals: Characteristics of the treatment enviroment". in "the Psychiatric hospital as a social system". Albert F. Wessen, Charles C. Thomas Pub.

Springfield, 511, 1964. — 6. H. ROTONDO, C. BAMBAREN V., A. CACERES B.: "Simposium sobre la comunidad terapéutica". Revista del Viernes Médico (167º Reunión). Lima, 1964. — 7. TALCOTT PARSONS: "The Mental Hospital as a type of organization" in The patient and the Mental Hospital. Milton Greenblatt, D. J. Levinson and R. H. Williams eds. The Free Press Glencoe Ill. 1957. — 8. H. ROTONDO: "Explicaciones orales-agresivas de enfermedad en una población mestiza". Rev. Psiq. Peruana 3: 181-191. Diciembre, 1960. — 9. Mental Disorders: A guide to control methods. The American Public Health Association Mc. New York, 1962. — 10. ERNEST GRUENBERG: "The social breakdown syndrome" - Some origins. Amer. J. Psychiat., 123: 1481-1489, June, 1967.

DOCUMENTOS

DISOSTOSIS CRANEOFACIAL

Presentación de un caso con microcefalia, hipertelorismo ocular, deficiencia mental, agresividad y tartamudez *

CARLOS MARTINOT ** y RAÚL JERÍ **

INTRODUCCION:

La observación de las alteraciones en la forma del cráneo ha llamado la atención de los estudiosos desde hace mucho tiempo. Estas malformaciones clínicas fueron estudiadas científicamente por primera vez por Somering en 1839, y clasificadas por Virchow en 1851. Desde entonces numerosos autores se han ocupado del tema y descrito una multitud de variedades clínicas. En lo concerniente a este caso fue Crouzon en 1912 quien describió por primera vez un enfermo en el cual se encontraba una deformación craneana especial, malformaciones faciales, trastornos oculares y afectaba a varios miembros de un misma familia.

Con el transcurso del tiempo se han analizado muchos otros casos de esta enfermedad, lo que ha permitido completar el estudio clínico y poner en evidencia diversas malformaciones asociadas. Es así como se ha encontrado la enfermedad de Crouzon asociada con alteraciones del sistema nervioso tales como convulsiones, hidrocefalia, siringomielia, trastornos del comportamiento. También se asocia con anomalías óseas tales como cifosis, escoliosis, malformaciones del esternón y espina bífida oculta. Encontrándose asimismo anomalías dentarias y oculares.

HISTORIA CLINICA. A continuación presentamos los datos fundamentales de un paciente visto en el Consultorio de Neurología del Hospital Dos de Mayo.

J. C. I. 15 años de edad, natural de Arequipa, procedencia Arequipa, escolar. La madre del paciente refiere que este no es normal, desde pequeño

---

* Estudio realizado en el Consultorio de Neurología, Hospital Dos de Mayo.
** De la Asignatura de Neurología de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M.

nota que es muy "nervioso", por cualquier disgusto por nimio que este sea corre de un lado a otro, se angustia en extremo, le tiembra todo el cuerpo. rompe las cosas pega a sus hermanos. Además el paciente no habla bien. tartamudea, no progresa adecuadamente en el colegio, porque se olvida de lo que estudia y no entiende el contenido. Ha repetido de año en varias ocasiones. Por otra parte se queja de cefalea generalizada.

Entre sus antecedentes familiares no hay nada de importancia. Entre los antecedentes personales, se sabe que la gestación y el parto fueron normales, deambulación y habla a los 2 años de edad, presenta enuresis hasta la actualidad. Escolaridad a los 7 años, grado de instrucción 5º de primaria. A los ocho días de nacido, presentó un cuadro de distensión abdominal y fiebre elevada. Traumatismo encefalocraneano de mediana intensidad al año y medio.

EXAMEN NEUROLOGICO. En la facies se observa separación extremada de los ojos, la nariz es ancha en su base y se puede apreciar cierto prognatismo. La función motora, se encuentra normal, hiperreflexia osteotendinosa generalizada, no hay Babinski, pero sí reflejo palmomentoniano bilateral. Sensibilidad normal. Los pares craneales se encuentran normales. la articulación de las palabras por momentos es defectuosa. En el examen general se encuentra separación extremada de los ojos, prognatismo, paladar con tendencia ojival, la lengua punteaguda. El cráneo es pequeño y alargado en sentido longitudinal, la fosa occipital se encuentra aplanada. (figura 1, 2, 3).

La radiografía simple de cráneo muestra, presencia de discreto aumento de las impresiones digitales en la bóveda craneana con discreto grado de hiperostosis frontal interna y parietal. La celularidad del peñasco derecho está muy disminuida, con dos imágenes radiolucentes, silla turca de morfología normal. El estudio del macizo facial muestra aumento de distancia entre los rebordes orbitarios internos (figuras 4, 5, 6). Las radiografías de la base del cráneo muestran piso anterior, medio y posterior de aspecto normal. deficiente neumatización de mastoides y peñasco en el lado derecho, discreto aumento de densidad en peñasco derecho, conducto auditivo normal. (fig. 7, 8).

El E. E. G. es anormal, caracterizado por falta de regularización del ritmo de base, siendo reemplazado por ondas theta difusas hacia las áreas centrales y moderada disritmia theta hiperpneica.

El estudio psicológico (realizado por la Srta. Mayela Falvy) comprendió la aplicación de las pruebas siguientes: (a) Escala de Ejecución de la Medida de la Inteligencia de Wechsler-Bellevue, (b) Prueba de la Figura Humana de Machover y (c) Psicodiagnóstico de Rorhschach.

Los resultados indican que el sujeto obtiene un CI: 74 del grupo "fronterizo" de acuerdo a la escala de Ejecución de Wais. Su rendimiento es homogéneo, ofreciéndose el funcionamiento ilimitado de sus procesos intelectuales. Es necesario repetirle las instrucciones, las comprende cuando és-

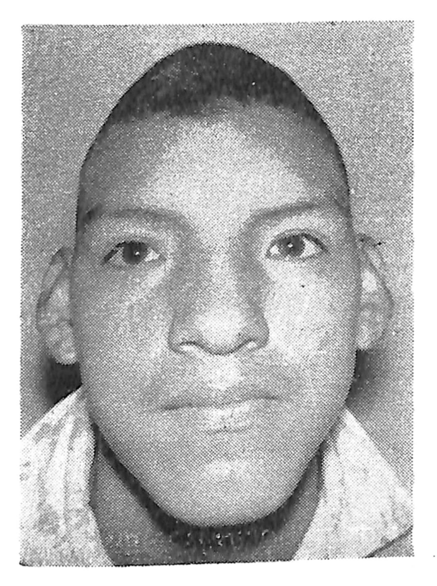


Fig. Nº 1

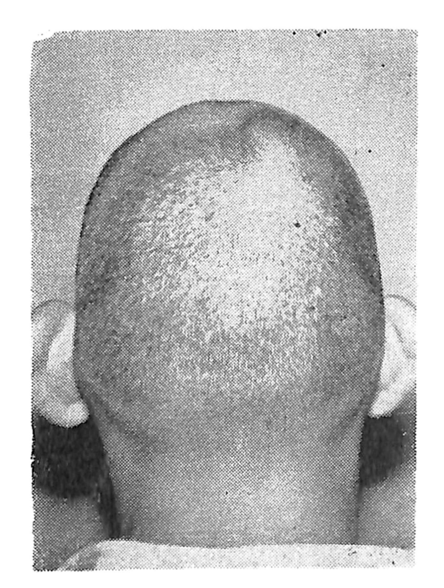


Fig. Nº 2

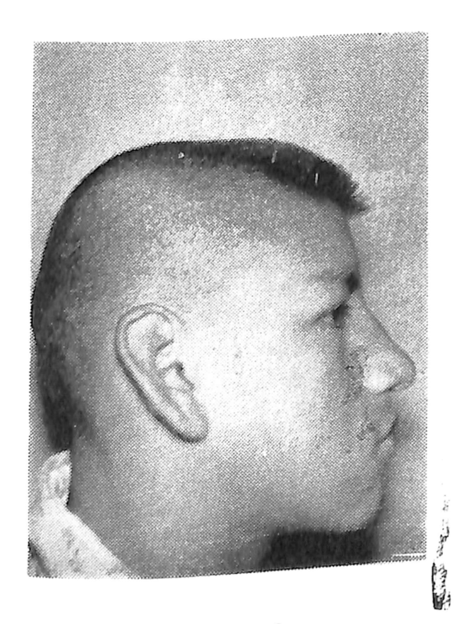


Fig. Nº 3

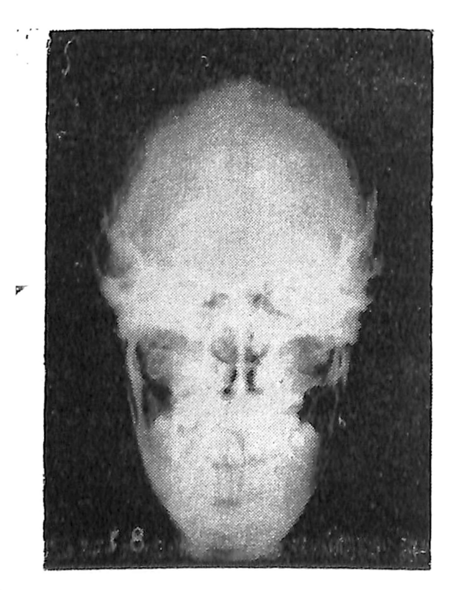


Fig. Nº 4



Fig. Nº 5

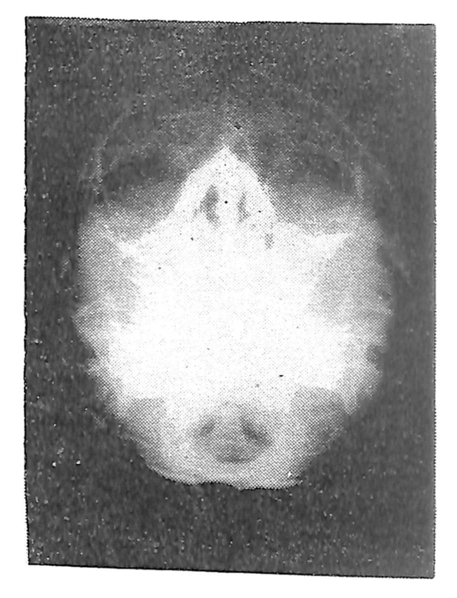


Fig. Nº 6

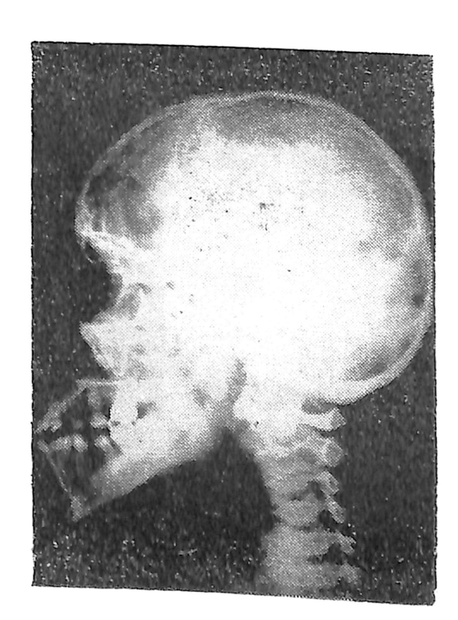


Fig. Nº 7

tas son demostradas con elaboración, es difícil estimular su iniciativa, lográndolo progresivamente en el transcurso de las pruebas

Reconoce elementos de la realidad, es capaz de atender y concentrarse en tareas que le son simples, cumpliéndolas siempre y cuando no interfieran estímulos afectivos o emocionales, los cuales bloquean sus funciones y le predisponen a un comportamiento imprevisto y que no va de acuerdo a las situaciones (risa inmotivada, exageración de gestos).

Se observa que su pensamiento está contaminado con los contenidos subjetivos que lo abruman, elabora palabras inapropiadas y desconocidas en el vocabulario común, en la elocución de las mismas existen fallas de pronunciación. Es concreto, no da importancia a los detalles, sus manipulaciones son lentas, sin plan previo ni organización metódica. Trabaja al azar y al tanteo, logrando cumplir sin anticipación adecuada. Sus juicios son primitivos, ilimitados de experiencias ajenas, sirviendo para resolver situaciones simples con sentido común pero fracasando en las más compleja y que le impliquen elaboraciones propias y aceptables.



Fig. Nº 8

Sus dificultades motoras se hacen más evidentes en las pruebas manuales, es capaz de percibir la gestalt de los elementos y reproducirlos, fallando en la copia de ángulos, unión de figuras y organización en la tarea, todo lo cual permite suponer la posibilidad de alguna dificultad en el área de los trastornos orgánicos.

El Rorschach acusa una personalidad conflictiva, estructurada deficientemente, coartada, agresiva, rechaza las situaciones que le implican esfuerzo, no posee controles racionales que le permitan un manejo adecuado de sus impulsos destructivos, actúa en base de sus propias gratificaciones y se aprecia un desinterés en envolverse emocionalmente en las situaciones ambientales.

Su contacto con la realidad se encuentra en un riesgo de quiebra, especialmente cuando intervienen factores humanos externos, la hostilidad hacia el medio es evidente, no es capaz de superarla, por lo que en algunas situaciones se alejará del mismo y se refugiará en la fantasía como medio de evasión y de aceptar responsabilidades.

Centrado en su propio mundo interno, se aprecia dificultad para percibir la realidad tal como las demás personas. Su preocupación corporal ocupa un lugar de importancia en sus actitudes y el temor al daño y a la crítica de los que le rodean puede suscitar en él demostraciones incontroladas, agresivas, destructivas y por consiguiente rechazantes de las demás personas que lo rodean.

DISCUSION

El caso que presentamos en esta oportunidad, presenta peculiaridades clínicas sobre las cuales es necesario insistir; llama la atención en primer lugar el pequeño tamaño y la forma alargada del cráneo, el acentuado prognatismo asociado con hipertelorismo ocular y el paladar hendido que tiende a ojival.

De otro lado la ausencia de alteraciones en otros miembros de la familia está en desacuerdo con las características de la enfermedad descrita por Crouzon, pero otros autores posteriormente han descrito casos en los cuales la tendencia hereditaria no pudo ser demostrada (3). Por otra parte Maccani (5) efectuó el estudio cariotípico en un caso de enfermedad de Crouzon y éste fue normal.

Las alteraciones desde el punto de vista neurológico encontradas en nuestro paciente, de trastornos en el comportamiento y déficit mental están de acuerdo con las alteraciones encontradas por otros autores (4). Llama la atención la falta de alteraciones oculares.

Las características radiográficas, nos muestran aumento de las impresiones digitales, hiperostosis frontal interna, hipertelorismo ocular, hallazgos frecuentes en esta enfermedad, aunque faltan algunas características radiológicas típicas como la hipoplasia del maxilar superior. Pero la presencia de paladar hendido, nos hacen pensar, que existe cierto grado de compromiso del maxilar superior.

En suma, creemos que estamos ante un caso atípico de enfermedad de Crouzon, en el cual se encuentran alteraciones óseas en el cráneo y en el macizo facial, no encontrándose tendencia familiar ni trastornos oculares.

RESUMEN

Se presenta un caso de disostosis craneofacial con microcefalia, hipertelogismo ocular, déficit mental, agresividad y trastornos en la articulación de la palabra.

Se discuten los hallazgos clínicos, los exámenes auxiliares y la probabilidad de que se trate de una variante de la enfermedad de Crouzon.

SUMMARY

This is a case of craniofacial dysostosis with microcephalia, ocular hypertelorism, mental deficiency, aggressiveness and disturbances in the word articulation.

We discuss the clinical findings auxiliary exams and the probability that it deals with a variant of the Crouzon's disease.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDRIOLI, G.; CARTERI, A.; CONFORTI, P. Le Craniostenosi. Gior Psiquiat. Neuropat. 93: 496 - 633, 1965. — 2. FRANCO, J. Enfermedad de Crouzon y cráneo lacunar. Rev. Neuopsiquiat. 10: 50-96, 1947. — 3. JURGENS, E.; TRAVI, O.; DE MAURI, P. Disostosis craneofacial hereditaria de Crouzon. Arch. Oftal. Bs. Aires. 39: 363-373, 1964. — 4. LUTIER, F. Le Cadre élargi de la maladie de Crouzon. Press Med. 73: 1403-1406, 196. — 5. MACCANI, U. Y. LONGO, A. Sindromi di Crounzon. Osp. Magg. 60: 869-876, 1965.

EPITOME

REVISTA CHILENA DE NEURO-PSIQUIATRIA

Volumen 5, Nº 1 **Noviembre, 1966** **Santiago de Chile**

En primer término el autor trata de delimitar el concepto de la comunicación entendiéndolo como: "el contacto fácil y agradable surgido de la atmósfera de seguridad despertado por alguien para ser depositario de intimidades", hace una diferencia del entendimiento buberiano y de la comunión binswangeriana; puntualiza que la comunicación nace de la confianza y no del amor, que es una fe en el otro y una sentida presencia de él en nosotros; por otra parte no equivale a la comprensión ni es sinónimo de confidencia y mientras el vehículo más útil a la información es el signo, el más propio de la comunicación es el símbolo y la expresión fisiognómica. De este modo ingresa al esclarecimiento del concepto de símbolo diferenciándolo claramente de los objetos sustitutivos y resaltando su posibilidad de trasmitir vivamente los sentimiento y su capacidad de desbordarse de sí mismo suscitando una serie de emociones individuales cuyas esencias sólo pueden ser avaladas en la intimidad y se detiene a explicitar algunos aspectos de la comunicabilidad, en cuanto a comunidad o comunión de personas totalmente diferentes, de la comunicatividad, urgencia singular de algunas personas a exteriorizar sus vivencias sin necesariamente buscar la "compañía". Finalmente agrupa en tres formas el modo en que los enfermos mentales informan de sus síntomas: a) indicativo, dado por monosílabos y vagas frases breves, b) comunicativo, en el que se descubren extensamente sin preocuparse de que exista una clara comprensión del contexto y c) notificativo, en el cual hay una evidente preocupación de que se entienda lo que quiere decir; recomendando un retorno a la creatividad mistagógica, desde que nuestro mundo actual opone serias dificultades a la comunicación auténtica.

Rubén Ríos Carrasco

El símbolo es considerado en este trabajo como "signo no natural", es decir como un caso particular de signo, caracterizado por no haber en el un nexo causal-natural directo entre lo significante y lo significado. Sobre esta base conceptual se distinguen: a) símbolos que interpretan especialmente al código y b) símbolos que interpretan especialmente al hombre concreto que lo emite o recibe. A los primeros se les denomina aquí "símbolos referentes" y a los segundos, "símbolos empáticos". Se establece un paralelo, en lo "formal" y en lo "material", entre símbolos referentes y empáticos, luego se hace un breve análisis de dos aspectos o modalidades de la comunicación humana "personal" e "impersonal" — cuya diferenciación conceptual tendría relación estricta con la diferenciación entre símbolos empáticos y referentes, poniéndose énfasis en las relaciones mutuas de ambas modalidades de la comunicación, en la posibilidad de un equilibrio armonioso entre ambas y en la co-existencia de ellas que, de hecho, tiene lugar en la realidad. Finalmente se esboza un esquema preliminar de una posible aplicación a la clínica neuropsiquiátrica de los conceptos vertidos aquí.

El Autor

Se presentan los resultados de cuatro casos de tartamudez tratados con un método de descondicionamiento persuasivo.

Se postula la existencia de formas de tartamudez con características fóbicas y se propone un criterio clínico-descriptivo para su diagnóstico.

Se resumen los aspectos centrales del método de Desensibilización Sistemática por Inhibición Recíproca de Wolpe y de Persuación Hipnosugestiva de Platonov.

Se describe un método especial de descondicionamiento que combina los efectos terapéuticos del primero y segundo sistema de señales (Desensibilización Sistemática Persuasiva).

Se sugiere una clasificación de la tartamudez que permita una elección más racional de los métodos terapéuticos.

Se concluye que las formas de tartamudez predominantemente fóbicas pueden ser tratadas mediante el uso exclusivo de técnicas de descondicionamiento de la angustia.

Los Autores

REVISTA DE PSIQUIATRIA DEL URUGUAY

Volumen XXXII **Enero-Febrero 1967** **Nº 187**

MURGIA, DANIEL: Exploración Fenomenológica en 50 casos de intento de suicidio

"Ante todo debemos expresar que en este estudio, que presentamos a la consideración de este Congreso, hemos soslayado la gran controversia planteada entre psicólogos y sociólogos respecto a si el suicidio debe encararse como un hecho determinado por factores psicopatológicos, o bien por causas exclusivamente sociales. Al margen de esa discusión, entendemos nosotros que no debe perderse de vista que el suicidio, o su tentativa, constituye siempre, en su singularidad, un acontecer personal, una experiencia subjetiva de muerte, vivenciada como querida, o necesaria, o inminente, o apenas diferida". Luego de esta introducción el autor intenta un acercamiento fenomenológico a los casos de suicidio fracasado tratando de señalar los aspectos significativos que pudieran ser de utilidad pronóstica, terapéutica y profiláctica. El material con que trabajó estuvo constituído por un grupo de 50 pacientes, 18 de los cuales fueron estudiados antes y después del intento, los 31 restantes sólo después; en el grupo hubieron 7 hombres y 43 mujeres y la edad varió entre los 16 y 36 años. Entre los resultados del estudio se destacan hallazgos fenomenológicos comunes como son la vivencia de soledad, la desesperanza o pérdida de fe, la defectuosa y distorsionada elaboración del tiempo y la falta de resignación o rebeldía; así mismo se hicieron hallazgos fenomenológicos particulares como la vivencia desestimativa del psicópata, la intención agresiva dirigida hacia la figura frustradora introyectada y la utilización del suicidio como artefacto destinado a encender la culpa ajena, particularmente en las personalidades histéricas. Para finalizar resume textualmente: "Sintetiando cuanto hemos dicho, expresaremos que su "mundo" es un mundo desolado, invadido por la desesperanza; frío y gris, cargado de hastío, dilatándose en un presente doloroso y vasto. Sin horizontes de futuro; paralizado el tiempo, sólo les resta la posibilidad de mirar hacia atrás, hacia el pasado muerto, penoso trasfondo de ese mundo de pesadillas: mundo en el que se opera el hundimiento de ciertos valores; en el que se asiste a la desestimación de la propia vida; mundo bullente de fantasías de culpa e indignidad, invadido por fantasías agresivas y atravesando por co-

rrientes de odio, rebeldía, rencor y agresividad, en el que las fantasías de la propia muerte ponen paradojalmente el único haz luminoso y abren la única perspectiva existencial".

Rubén Ríos Carrasco

ACTA PSIQUIATRICA Y PSICOLOGICA DE AMERICA LATINA

Buenos Aires **Marzo, 1967** **Volumen XIII, Número 1**

El "Sonko-Nanay" aparece como correlato folklórico de la patología ictal y como precursor del concepto moderno de Ictafinidad y de la teoría de las Constituciones Ictafines de F. Mauz. Tiene como parte sustancial la epilepsia, pero comprende además procesos ictales neuróticos y fucionales. Etimológicamente, el "Sonko-Nanay" es una enfermedad cuyo asiento es el corazón (Sonko, corazón; Nanay, dolor, enfermedad). El Sonko es el centro vital y psicológico del ser humano y el ataque es la muerte del Sonko y consecutivamente del individuo (la epilepsia se denomina también "Huañuy-Onkoy: Huañuy, muerte; Onkoy, enfermedad"). El léxico quechua tiene términos que corresponden adecuadamente a los síntomas ictales reconocidos por la medicina científica; pero el origen de la enfermedad se explica por dos fábulas etiológicas: 1º) El mito del "Llaqui" (Llaqui, pena), que cuando es grave enoja a las divinidades de la tierra, las que castigan al cuitado con la condena de sufrir de ataques. 2º) El mito de la "Aya-Huayra" (Aya, cadáver; Huayra, viento): un aire letal, punitivo, proveniente de la Huaca, donde yacen los antepasados, ataca al Sonko, por haberse violado un tabú. El diagnóstico y tratamiento tienen fondo místico y alegórico. La frotación y autopsia del "cuye" (Guinea-pig) y la masticación de la coca (Katipa) son métodos de adivinación para reconocimiento y pronóstico de la enfermedad. El tratamiento se hace con polvos de Sonko-Rumi (guijarro con núcleo distinto), carne y sangre de animales aborígenes y hierbas odoríferas, ningún de los cuales tiene positiva propiedad anti-ictal; la prevención se hace por amuletos.

La formación del Sonko-Nanay parece haber comenzado en la propia alborada del pensamiento humano; pues las prácticas de diagnóstico y algunas de cura se inspiran en intuiciones las más primitivas de similitud, concretización, pars pro toto, sustitución apotropaica, etc. Los mitos y algunos tratamientos tienen claros vestigios totémicos: Las ofrendas de sangre y carne y aún de plantas insinúan supervivencias de comida ritual de la planta o del animal epónimo. En el mito del Llaqui se advierte la prohibición de darse a la pena y en el del Aya-Huayra, una interdicción sagrada de profanar la Huaca. Sin embargo. en ambos el castigo no es dado por animal totémico

sino por dioses de los cerros o espíritus de los antepasados (probablemente con fines de progreso y expansión social); por lo cual es posible que el contexto de los mitos proceda de una época en que fue ya superado el totemismo: es decir el manismo o más concretamente, el nivel "Pacarina" de la prehistoria peruana, señalado por el culto a la tierra y a los antepasados, en una época posterior al establecimiento de la agricultura. Las civilizaciones incaica y occidental parecen haber contribuido exiguamente en la formación del "Sonko-Nanay".

El Autor

El curso de los 70 años que abarca esta indagación muestra que, en la ciudad de Buenos Aires, la tasa de suicidios ha descendido de 33 a 8 ó 9 por 100.000 habitantes, vale decir a la cuarta parte de lo que era en 1895. Hasta qué punto esto es más aparente que real, sólo nuevas investigaciones pueden decirlo.

Hubo cambios importantes en la prevalencia de edad, nacionalidad, sexo, actividad económica y motivación aparente. Resalta que el factor psicosocial determinante más significativo consistió en la intensa movilidad social que ha afectado sobre todo a la población inmigrada de Europa.

En las últimas décadas, aparte del mejoramiento socio-económico, influyeron beneficiosamente la transformación en la actitud frente a la enfermedad mental, el empleo de métodos menos violentos en el propósito suicida, la difusión de los psicofármacos y las posibilidades de la psicoterapia. Teniendo en cuenta que el suicidio constituye uno de los índices más cuantificables del estado psicopatológico de un país o de una zona, se impone buscar una definición y delimitación del concepto de suicidio con fines epidemiológicos, uniformar los datos principales para el regstro, e interesar a los organismos pertinentes sobre los resultados.

El Autor

1) Se hace una breve reseña de las condiciones geográficas de la provincia de Chiloé, destacando su grado de aislamiento y sus consecuencias eco-

nómicas y culturales. Se recalca el carácter insular del chilote y sus condiciones de bajo desarrollo social.

2) Se analiza la cédula de estudio de prevalencia de desórdenes mentales, el método y la muestra del presente estudio. Se reseña la composición y preparación del grupo de trabajo.

3) Se exponen los resultados obtenidos, los índices socio-económicos y culturales, la prevalencia de los cuadros estudiados: psicosis, 0,43%, oligofrenia 1,9%, demencia 0,9%, neurosis 17,1%, bebedores excesivos 6,3%, alcohólicos 3,4%, epilepsia 16%.

4) Se comentan los resultados recalcando la alta prevalencia de neurosis, bebedores excesivos y alcohólicos y la importancia que tiene en la salud de la población y desarrollo de la provincia. Se analizan algunas dificultades de la entrevista y la organización de los trabajos de terreno.

Los Autores

ACTA PSIQUIATRICA Y PSICOLOGICA DE AMERICA LATINA

Buenos Aires **Julio, 1967** **Volumen XIII Número 2**

SEGUIN, CARLOS ALBERTO: Valores humanos en la Psicoterapia 121

La psicoterapia se caracteriza por: a) es una forma de relación interpersonal; b) su esencial está en el contacto afectivo entre médico y paciente; c) ese contacto afectivo no puede ser otro que una forma de amor, pero una forma muy especial, distinta de todas las otras y que ha sido llamada por el autor Eros Psicoterapéutico. El Eros Psicoterapéutico presenta características particulares y distintivas que han sido descritas en trabajos anteriores. En el presente se trata de explicar el mecanismo de su acción y, para ello, se propone una teoría de las neurosis.

El autor cree que, sin negar los aportes psicoanalíticos, ha llegado el momento de considerar si la historia libidinosa de los pacientes constituye el nivel más profundo de su personalidad o si se trata, más bien, de otra resistencia —la más eficaz— usada para evitar que la exploración llegue al núcleo mismo del ser, a lo que el hombre es como hombre. Más allá del instinto se halla el ser; más allá de la libido está el amor. Es en el nivel del ser donde deben resolverse los verdaderos problemas del paciente y ello sólo puede hacerse a través del Eros psicoterapéutico: sólo la autencidad puede pretender autenticidad; sólo la humanidad encuentra, como respuesta, humanidad.

El Autor

Tomando como punto de partida las cualidades de la "madurez humana" descritas en un trabajo anterior, al autor subraya la importancia de las mismas en la personalidad del psiquiatra, y especialmente del psicoterapeuta en general.

Desde hace tiempo constituye un tema de controversia el problema de los valores y la posibilidad de "suspender el juicio" y permanecer neutral en la situación psicoterapéutica. El autor cree que es prácticamente imposible no tener un cierto sistema de valores y concuerda con la opinión de Glover: "la idea de la completa neutralidad del analista en condiciones analíticas ordinarias es una especie de mito". Se discuten brevemente cada una de las cualidades de la "madurez humana" en relación al psiquiatra y a su trabajo.

El Autor

ACTA PSIQUIATRICA Y PSICOLOGICA DE AMERICA LATINA

Volumen XIII **Setiembre, 1967** **Número 3**

La intención del presente trabajo es centrar sobre la metabolización psicológica del fluir temporal —el futuro en la dinámica de la conducta— el interés principal del análisis.

El hombre, es hasta donde sabemos, el único animal enfermo de futuro. Debe luchar por mantener la autoindentificación de lo reconocible en sí mismo. Debe sintetizar lo uno y lo múltiple sin privarlos de sus características. Toda conciencia es conciencia de un horizonte. No puede ser definida sólo como prisionera de su pasado. Tampoco puede entendérsela cerrada en el proceso de carga y descarga de la tensión, de evitación del sufrimiento y persecución del placer. Intenta nuevas síntesis riesgosas y su clave es la accesibilidad al futuro.

El pasado no está muerto o cristalizado. Es movilizable, vitalizable desde el presente. A su vez, el futuro es definible en términos de conducta como la imagen presentizada que obra como estímulo. Se distinguen formas del tiempo psíquico: presente lato y presente estricto; pasado vigente y pasado inmóvil; futuro mediato y futuro inmediato. La representación gráfica sería un volumen irregular, con múltiples caminos de acceso entre los tres momentos del fluir temporal, es decir, la tetradimensionalidad aplicable por el futuro al cual se aplica, el pasado es motor de esa conducta pero no la agota como casualidad.

La sede y el núcleo de origen de la conciencia temporalizadora es el yo, surgido como una instancia de demora del aparato psíquico, que enseña y obliga al ello a esperar, a postergar las gratificaciones; asimila como función principal la futuración, el proceso de inclusión del futuro entre la pulsión y la satisfacción demorada. No puede renunciar a esta función salvo en caso de enfermedad mental grave o anulación física. En este proceso reside, además la unidad de la personalidad, que asume todos los ahora momentáneos, los cortes existenciales en una coherencia reconocible como única.

Se intenta una investigación preliminar sobre las alteraciones en más del proceso de futuración en la manía, los delirios de omnipotencia, la paranoia. La futuración en menos (anulación de futuro y ambigüedad de futuro) en la depresiones profundas, neurosis de angustia, fobias y estados psicopáticos.

Desde el punto de vista terapéutico, se insiste en el valor de comprender el plan vital, que incluye las imágenes futuradas y se define la salud mental en este contexto como la capacidad de futuración normal, es decir, con control de la ansiedad de cambio que es inevitable en todo desarrollo psicofísico. Por fin, se remarca que muerte y futuro son los términos polares que encierran la existencia humana. Todo futuro incluye muerte, que lo invalida o lo hace absurdo. El contexto cultural ha hecho de la muerte el mayor tabú del hombre contemporáneo, pero sin elaborar la angustia de muerte, ninguna conducta puede ser totalmente libre y creadora.

El Autor

ARCHIVO DI PSICOLOGIA, NEUROLOGIA E PSICHIATRIA

Volumen 28 **Enero-Febrero 1967** **Número 1**

Volumen 28 **Marzo-Abril 1967** **Número 2**

Volumen 28 **Mayo-Agosto 1967** **Números 3 y4**

CUADERNOS DE PSICOANALISIS

Volumen 3 **Abril-Junio 1967** **Número 2**

NEUROLOGIA, NEUROCIRUGIA Y PSIQUIATRIA

Volumen 8 **Marzo 1967** **Número 1**

Volumen 8 **Junio 1967** **Número 2**

ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA

Volumen 43 **1967** **Fascículo 1**

REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

T. XXX, Nº 1 **Marzo 1967** **Lima, Perú**

Después de algunas consideraciones generales acerca de la epidemiología del alcoholismo en América Latina, se revisan las cifras de consumo de bebidas alcohólicas, como una primera aproximación al problema; después se analizan los estudios epidemiológicos de los países de los que se cuenta con información, con particular acento en los datos obtenidos con los métodos directos de prevalencia y mención de los índices indirectos de la magnitud del consumo anormal de alcohol. Finalmente, se discuten los hallazgos en conjunto relacionados con la realidad socio-económica y cultural y se recalca la importancia de investigaciones paralelas en diversos países de Latino América, para la valoración adecuada del alcoholismo y para orientar los planes de prevención y tratamiento.

Los Autores

El trabajo consiste en una observación de la hipocondría desde puntos de vista fenomenológicas en 138 enfermos. Los casos están agrupados de acuerdo con "regiones referenciales" en las que se localizan formas variadas de hipocondría que representan sendas unidades fenomenológicas. Se destaca la intensidad e individualidad de la vivencia corporal en el hipocondríaco, acompañada de una angustia especifica de acuerdo con la sintomatología. Esta angustia se relaciona con una alteración del tiempo: bloqueo del futuro y refugio improductivo en el pasado. En la hipocondría fracasa

el cuerpo como instrumento del hacerse y del hacer. La hipocondría constituye así una crisis de confianza de la existencia.

El Autor

AMERICAN JOURNAL OF PSYCHOTHERAPY

Volumen XXI **Abril 1967** **Número 2**

L'ENCEPHALE

Volumen 56 **Enero-Febrero 1967** **Número 1**

L'ENCEPHALE

Volumen 56 **Marzo-Abril 1967** **Número 2**

Volumen 56 .... Mayo-Junio 1967 .... Número 3

BRAIN

Volumen 90 **1967** **Número 1**

Volumen 90 **1967** **Número 2**

Volumen 90 1967 Número 3

NOTAS DE ACTUALIDAD

V CONFERENCIA DE FACULTADES DE MEDICINA

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos a través del Comité Organizador, presidido por el señor Decano, Dr. Jorge Campos Rey de Castro y cuyo Secretario General es el Dr. José Neyra Ramírez; está preparando la V Conferencia de Facultades de Medicina de Latinoamérica que se llevará a cabo del 19 al 21 de octubre próximo en esta capital. Los temas que se abordarán serán: "Modalidad de formación del médico latinoamericano como promotor del desarrollo económico y social de su país" Drs.: Ignacio Morones Prieto, Sergio Novello y Gonzalo Aguirre (México); "La producción y distribución de médicos en Latinoamérica en relación con las demandas demográficas y los problemas de salud". Dr.:Hernán Romero (Chile), Luis León (Ecuador) y Carlos Quiróz (Perú); "El problema de la emigración de médicos de Latinoamerica al extranjero" Drs.: Ramón Villarreal (México), José Félix Patiño (Colombia) y Washington Buño (Uruguay), y "La enseñanza de la psicología y la sociología en la formación del médico" Drs.: Hernán San Martín (Chile), Juan F. Marsal (Argentina) y Humberto Rotondo (Perú).

ELECCIONES DEL COMITE DIRECTIVO

En elecciones realizadas para designar los integrantes del Comité Directivo del Departamento de Ciencias Psicológicas para el período 1967-68, éste quedó conformado de la siguiente manera:

Jefe del Departamento de Ciencias Psicológicas: Dr. Humberto Rotondo.

Profesor Principal de la Asig. de Psiquiatría "A": Dr. Oscar Valdivia Ponce.

Profesor Principal de la Asig. de Psiquiatría "B": Dr. Humberto Rotondo.

Profesor Principal de la Asig. Psicología Médica: Dr. Carlos Alberto Seguín.

Delegado de los Profesores Asociados de la Asig. de Psiquiatría "A": Dr. Sergio Zapata A.

Delegado de los Profesores Asociados de la Asig. de Psiquiatría "B": Dr. José Sánchez G.

Delegado de los Profesores Asociados de la Asig. de Psicología Médica: Dr. José Alva Q.

Delegado de los Profesores Auxiliares: Dra. Elia Izaguirre.

Delegado de los Jefes Instructores: Dr. Vital Scapa.

Delegado de los alumnos: Sr. Walter Ibarra.

NUEVA COMISION DE PUBLICACIONES

Han sido designados como integrantes de la Comisión de Publicaciones para el período 1967-68 los Drs. Marino Villavicencio, Augusto Campos, Leoncio Vega, William Flores, Ricardo Cheesman y Eugenio Beltroy y los alumnos Jack Harrison, Walter Ibarra y Cornelio Guerrero; habiéndose encargado la edición de los Anales de la Facultad de Medicina al Dr. Eugenio Beltroy.

NUEVOS DIRECTORES DE LA REVISTA

Como aparece en la portada del presente número han asumido la dirección de nuestra Revista los Drs. Humberto Rotondo, quien fuera elegido Jefe del Departamento de Ciencias Psicológicas, y Rodolfo Landa, Profesor Asociado Encargado de la Asignatura de Neurología.

ACTIVIDADES CIENTIFICAS DEL DEPARTAMENTO

En el programa científico del Departamento de Ciencias Psicológicas se
dio un ciclo de conferencias sustentadas por los profesores invitados Drs.
Edward Hornick, Profesor Asociado de Psiquiatría de la Escuela Albert
Einstein: "Los dinamismos de dos generaciones: Psicopatología de la vida
del adolescente"; Edgar Levenson, Psicoanalista del Instituto William Alan-
son White: "La evolución de los Modelos Psicoanalíticos a la luz de la Fi-
losofía y la Ciencia"; Daniel Goldstein, Director del Servicio de Psiquiatría
del Hospital para Veteranos de New Jersey: "Tendencias modernas de la
Psicoterapia Psicoanalítica en los Estados Unidos"; Nancy Carbonara, Direc-
tora de la Escuela de Enfermeras de Pittsburg: "Los problemas de los ni-
ños normales de 4 años de edad a nivel de la Escuela de Enfermeras".

ACTIVIDADES DE LA ASIGNATURA DE PSICOLOGIA MEDICA

Dentro de un coordinado programa preparado para profesores y alum-
nos y bajo la dirección del Profesor Principal, Dr. Carlos Alberto Seguín,
se llevaron a cabo las siguientes Mesas Redondas que contaron con la par-
ticipación de distinguidos profesores invitados: "Bases neuro-anatómicas, fi-
siológicas y bioquímicas de la conducta" Drs.: Carlos Mejía y Luis Deza;

"Antropología y Psicología Médica" Drs.: José Matos Mar y Antonio Rengifo; "El grupo familiar" Drs.: Manuel Román de Sirgado y Renato Castro; "Herencia y medio ambiente" Drs.: Mauricio San Martín y Arnold Meadow; "El mundo del enfermo" Drs.: José Alva, Max Silva y Rubén Ríos Carrasco.

REPRESENTANTE DE LA FACULTAD DE MEDICINA

El Dr. Oscar Valdivia Ponce ha sido designado como representante de la Facultad ante el Comité Organizador de la XX Asamblea Mundial para la Salud Mental que se efectuará del 26 al 30 de noviembre en esta ciudad.

SE NOMBRA COMISION DE TUTORIA

El Comité Directivo del Departamento de Ciencias Psicológicas encargó el estudio de la implantación de un sistema de tutoría en la Facultad de Medicina a una Comisión integrada por los Drs. José Sánchez García, José Alva Quiñones y Rubén Ríos Carrasco, y el Delegado de los alumnos Sr. Walter Ibarra.

PRIMER SEMINARIO MEDICO DE CAJAMARCA

En el mes de abril el Profesor Asociado, Dr. Sergio Zapata Agurto asistió especialmente invitado, al 1er. Seminario de Pedagogía Médica organizado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cajamarca.

CURSO ACERCA DEL ALCOHOLISMO

Bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud, la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina está organizando para la segunda semana de Diciembre, un curso acerca de los diversos aspectos del Alcoholismo, que contará con la participación de los Drs. José Horwitz y Juan Marconi de la Universidad de Chile.

ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD PERUANA DE PSICOTERAPIA

En Asamblea General realizada el 18 de junio se aprobaron los estatutos de esta nueva institución y se procedió a la elección de su Primera Junta Directiva que resultó constituída por los Drs. Carlos Alberto Seguín, Presidente; Francisco Alarco, Vice-Presidente; Rubén Ríos Carrasco, Secretario y Fernando Samanez, Tesorero.

En reunión posterior se encomendó al Dr. Carlos Alberto Seguín, miembro del Comité Directivo de la Federación Mundial de Psicoterapia Médica, las gestiones indispensables para su reconocimiento oficial.

ACTIVIDADES DE LA ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

En la Asamblea reunida el 31 de mayo el Dr. Max Arnillas Arana presentó un informe acerca de la preparación del VI Congreso Latinoamericano de Psiquiatría a llevarse a cabo en noviembre del próximo año en la ciudad de Bogotá, asimismo el Dr. Baltazar Caravedo informó acerca de la preparación de la XX Reunión Anual de la Federación Mundial de la Salud Mental a celebrarse en noviembre de 1967. Finalmente se eligió una Comisión Permanente encargada de mantener una fluída vinculación con la Asociación Psiquiátrica Mundial, la cual resultó conformada por los Drs. Baltazar Caravedo Carranza, Oscar Valdivia Ponce y Rubén Ríos Carrasco.

En la primera semana de julio el Dr. Pedro León Montalván se refirió a las técnicas activas de la Psicoterapia de Grupo en la enseñanza. En agosto el Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Manchester, Dr. Neil Kessel se ocupó de la Epidemiología de los desórdenes psiquiátricos. El 18 de setiembre los Drs. Ethel Bazán, Rubén Navarro y las Asistentas Sra. Isabel de Vivanco y Srta. Amanda Noriega trataron de los diferentes aspectos de la Psiquiatría en la Comunidad, particularmente en la visita domiciliaria.

ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD PERUANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA

Organizados por la Sociedad Peruana de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía se efectuaron diversos simposios entre los que destacaron los del 29 de abril, acerca de diferentes aspectos de la Epilepsia, que contó con la participación de los Drs. Baltazar Caravedo: "El problema social de la epilepsia en el Perú", Ernesto Bancalari: "Estado actual del tratamiento de la epilepsia", Enrique Fernández: "Farmacología del 5-carbamoil 5H-dibenzo (b, f) acepina", Susy Roedenbeck y J. Santos: "La carbamacepina en el tratamiento de convulsiones graves, rebeldes a medicación anticonvulsiva (Tratamiento combinado)", Javier Mariátegui, Hugo Chávez y José Oballe: "Acerca de un nuevo anticonvulsivo psicótropo. Resultados preliminares con la carbamacepina", y Elard Sánchez, Gustavo Vásquez Caicedo y Srta. Amelia Aréstegui: "Estudio objetivo de los cambios del comportamiento bajo la acción del G-32883". El 18 de agosto acerca de la Depresión en Medicina Interna que tuvo como ponentes a los Drs. Ernesto Bancalari: "Presentación y ofrecimiento del Simposio", Javier Mariátegui: "Depresión y Medicina", Carlos Petrozzi: "Depresión en la Práctica Médica General", Germán Garrido Klingle: "Depresión en la Práctica Gastroenterológica". El sábado 19 de agosto acerca del Vértigo en el cual participaron los Drs. Luis Aspauza: "Aspectos Neurológicos", Juan J. Mostajo: "Aspectos Otológicos", Raúl Jerí: "Aspectos Psiquiátricos", Jorge Terry: "Aspectos Quirúrgicos"; y en las Mesas Redondas: Artidoro Cáceres, Alfredo Eskenasi, Jaime Flores, Manuel

Zambrano y Jorge Navach. Finalmente el 23 de setiembre el Simposio sobre Historia Precolombina de la Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía en cuyo programa participaron los Drs. Ernesto Bancalari: "Introducción al tema"; Oscar Valdivia Ponce: "La psiquiatría precolombina"; Fernando Cabieses: "La neurología precolombina"; Esteban D. Rocca: "La neurocirugía precolombina"; y en las Mesas Redondas subsiguientes los Drs. Honorio Delgado, J. O. Trelles, Pedro Weiss, Luis E. Valcárcel, Max Arnillas Arana y Oscar Urteaga.

En el 211 Viernes Médico en homenaje al 30º Aniversario de la Sociedad, los Drs. Rolando Calderón, Juan Cuba, Juan Francisco Ponce, Emilio Majluf y Ernesto Bancalari presentaron los últimos avances en Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría.

PUBLICACIONES EN EL EXTRANJERO

En el Vol. 10 Nº 40-41 de la Revista "Informaciones Psiquiátricas" de España, aparecen las reproducciones de los artículos publicados en nuestra Revista y en los Anales del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima, "¿Qué es un grupo?" de Carlos Alberto Seguín y "Tres antecedentes históricos de experiencias emocionales correctivas" de los Drs. Max Hernández, Francisco Vásquez y Félix Cantoni.

Por otra parte el Vol. XIII Nº 2 de Acta Psicológica y Psiquiátrica de América Latina consigna la comunicación del Dr. Carlos Alberto Seguín al V Congreso Mundial de Psiquiatría: "Valores Humanos en la Psicoterapia".

SIMPOSIO SOBRE EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES REUMATICAS

Bajo los auspicios de la Sociedad Peruana de Reumatología se efectuó el sábado 30 de setiembre el Simposio anotado, que contó con la participación de los Drs. Luis Andrade: "Aspectos Clínicos", Enrique Velasco: "Aspectos Fisiátricos"; Manuel Bonnemaison: "Aspectos Ortopédicos", Rubén Ríos Carrasco: "Aspectos Psiquiátricos", y en la discusión los Drs. Carlos Subauste, Ricardo Cheesman, Luis Goyzueta, Carlos Bustamante Ruiz, Carlos Liau Hing, Alejandro de la Fuente y Carlos Alberto Seguín.

XI CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERAMERICANA DE PSICOLOGIA

Se están cursando las invitaciones del caso para el Congreso de la epígrafe que se llevará a cabo en ciudad de México el próximo mes de diciembre y en la que participarán los Drs. Carlos Alberto Seguín, Modesto Rodríguez y Reynaldo Alarcón entre otros.

CONFERENCIAS ACERCA DE LA HIGIENE MENTAL EN EL EMBARAZO

Invitado por la Escuela de Enfermeras de la Caja Nacional del Seguro Social el Dr. Rubén Ríos Carrasco sustentó un ciclo de Conferencias acerca de diversos aspectos de la Higiene Mental en el Embarazo.

TERCERA PROMOCION DE RESIDENTES EN PSIQUIATRIA

A principios de mayo en el Hospital Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán" se realizó una ceremonia en la cual se entregaron los certificados correspondientes a los Drs. César López, Elard Sánchez, Vital Scapa y Gustavo Vásquez, en virtud de haber concluído su preparación. En dicho acto hicieron uso de la palabra los Drs. Humberto Rotondo, Director del Programa de Residencia; José Velásquez, Presidente de la Asociación Nacional de Médicos Residentes; Carlos Vargas, Director del Hospital y Daniel Becerra de la Flor, Ministro de Salud Pública.

ANIVERSARIO DEL HOSPITAL DIURNO

Celebrando el 3er. Aniversario de la Inauguración del Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima, el 20 de mayo se realizó una exposición de pinturas y trabajos de laborterapia en la cual hicieron uso de la palabra los Drs. Elia Izaguirre, Javier Mariátegui y Carlos Alberto Seguín.

SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE RORSCHACH

Se anuncia para la primera semana de noviembre el Primer Simposio Latinoamericano sobre respuestas de movimiento en el Rorschach, evento al que asistirá el Psicólogo Walter Cornejo en representación de la Sociedad Peruana de Rorschach.

ACTIVIDADES DE PSYCHE

Con la participación de los Drs. Carlos Alberto Seguín, Sergio Zapata, José Alva, Rubén Ríos, Francisco Vásquez, Felipe Iannacone, Juan Antonio Robles y Jaime Velasco, Profesores del Departamento de Ciencias Psicológicas, Psyche Centro Psicológico, Psiquiátrico y Educacional de la Familia y del Adolescente, ha desarrollado diversas actividades docentes y culturales, entre las primeras el dictado de cursos acerca de Educación y Orientación

Sexual para profesionales para-médicos, profesores, estudiantes universitarios y padres de familia; cursos de Psicofarmacología y Tratamientos Físicos para profesionales para-médicos; cursos de Metodología Científica y Elaboración de Tesis para profesionales y universitarios y cursos acerca de Psicología Dinámica, la Comunicación y el Grupo. Entre las actividades culturales ha preparado un ciclo de conferencias de divulgación acerca del Psicoanálisis, exhibición de películas, libros etc.

NUEVOS RESIDENTES EN PSIQUIATRIA

Luego de los exámenes correspondientes lograron ingresar a la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, especialidad de Psiquiatría, los Drs. Alejandro Barturén Dávila y Raúl Fuentes Dávila.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

a) *La Revista de Ciencias Psicológicas y Neurológicas, órgano del Departamento de Ciencias Psicológicas y de la Asignatura de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, es una publicación universitaria trimestral.*

b) *Toda comunicación deberá ser remitida al Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina. Av. Grau s/n. Lima, Perú. o a la Asignatura de Neurología, Sala San Luis, Hospital 2 de Mayo.*

c) *Se admitirán artículos inéditos que a juicio del Comité de Redacción merezcan ser publicados y que deberán reunir las siguientes condiciones:*

1. *Los originales deberán ser escritos a máquina, a doble espacio y por un solo lado, en papel tipo carta.*
2. *Su extensión no deberá exceder 40 páginas.*
3. *Su redacción y bibliografía deberán ajustarse a las normas internacionalmente establecidas y en lo posible al esquema siguiente: Introducción, Historia, Material y Métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones, Resumen y Bibliografía*
4. *Las ilustraciones deben ser numeradas y remitidas en hojas separadas indicando las leyendas y el lugar donde deben consignarse.*

d) *Los autores que deseen separatas deberán indicarlo así; los gastos de impresión correrán por su cuenta.*

e) *Ningún original será devuelto, sea publicado o no.*

f) *La Revista no se hace responsable de las opiniones vertidas por los autores.*

SUSCRIPCIONES

Número suelto: en el Perú S/. 30.00, en el extranjero $ 1.50.
Suscripción anual: en el Perú S/. 120.00, en el extranjero $ 6.00.
Dirigirse al Departamento de Ciencias Psicológicas en la Facultad de Medicina de la U. N. M. S. M. Av. Grau s/n Ap. Nº 529 — Lima - Perú.

Imprenta de la Universidad
Nacional Mayor de San Marcos.